

宮崎大学医学部附属病院初診予約申込書

整形外科（リウマチ受診専用）

FAX 番号 0985-85-9715（予約専用）

申込日 年 月 日

電話番号 0985-85-1225（連絡先）

受付：月～金曜日 午前9時00分～午後4時00分

土・日・祝日・12月29日～1月3日は除く

【紹介元医療機関名及び所在地】

病院名			
医師名		担当者名	
電話	() -	FAX	() -
所在地	〒 -		

※宮崎大学医学部附属病院受診歴（有・無・不明）

【患者情報】

（二重登録防止のため、結婚等で改姓された方は旧姓を記載してください）

フリガナ	旧姓()	性別
患者氏名		男 女
生年月日	年 月 日(歳)	
患者住所	〒 - 電話番号() - 携帯番号() -	
受診希望日	第1希望日 年 月 日 第2希望日 年 月 日 第3希望日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受診希望日なし

※希望日に空がない場合は、直近の予約診療日となりますのでご了承ください。

別紙 A1 依頼書または診療情報提供書をお送りください