# 精神科訪問診療　申込み用紙

わかる範囲でご記入ください

医療法人社団碧水会
長谷川病院　在宅診療部
TEL：0422-31-8600
FAX：0422-31-8603

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※(申込みがご本人様ではない場合、ご本人様との関係もご記入お願いします)

続柄(　　)

住所：　〒　　―

連絡先：　　(　ご自宅　・　携帯　)

希望連絡時間帯

・午前　・午後（　　)時頃　／　特になし

・希望曜日(　　)曜日　／　特になし

お申込みありがとうございました。

折り返し、当院の在宅診療部よりご連絡させていただきます。

**FAX 送信先 0422-31-8603　　（長谷川病院　在宅診療部宛）**