

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

医療法人社団積信会
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)