

共同診療等申込書

年 月 日

公立西知多総合病院

科

医師

医療機関名

登録医師名

共同診療について、下記のとおり申込みします。

ふりがな		生 年 月 日	性 別
患者氏名	様	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
共同診療 希 望 日	第1希望日	年 月 日 () 時～	
	第2希望日	年 月 日 () 時～	
	第3希望日	年 月 日 () 時～	
通 信 欄			

※当院担当医師の都合により、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

公立西知多総合病院 地域医療連携室
電 話：0562-33-9858
FAX：0562-33-0010