

面 談 申 込 書

令和 年 月 日

長野県立こども病院長 様

送付先：〒399 - 8288 長野県安曇野市豊科 3100
 長野県立こども病院
 療育支援部（医事担当）あて

次のとおり面談を申し込みます。

申 込 者	会 社 名							
	所 属 ・ 役 職							
	氏 名							
	連 絡 先	住 所	〒					
		電 話						
面 談 希 望 日	①	令和	年	月	日	時 分	～	時 分
	②	令和	年	月	日	時 分	～	時 分
	③	令和	年	月	日	時 分	～	時 分
申 込 先	面 談 診 療 科							
	医 師 名							
対 象 患 者	ふ り が な 氏 名							
	住 所							
	生 年 月 日	昭和・平成・令和		年	月	日		
	対 象 期 間	年 月 日		～	年 月 日			
	同 意 書 の 有 無	有 ・ 無		※当日提出いただけない場合は面談に応じかねます。				
質問内容をあらかじめ ご記入ください。								
面談料支払方法 ※面談料 5,500円 (1回30分以内)		1 面談当日に現金支払い 2 後日、貴院指定口座に振込み ⇒請求書あて名 _____						

※本申込書受領後、医師と調整の上、日時を事務担当よりお電話にてご連絡いたします。
 (面談に応じられない場合もお電話にてお知らせします。)