

# 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  
総合受付あて

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。)