

医師面談予約申込書

申込日: 令和 年 月 日(曜日)

【 メーカー記入欄 】

診 療 科	内 科	循環器科	小児科	医 師 名	
	外 科	整形外科	産婦人科	会 社 名	
	皮膚科	泌尿器科	耳鼻科	職・氏名	
	眼 科	麻酔科	総合診療科		
	総合内科				
電 話 番 号	—	—		FAX 番号	— —
メールアドレス	@				
用 件					
面 談 希 望 日	1	月	日(曜日)	午前・午後	時 分~(分間程度)
	2	月	日(曜日)	午前・午後	時 分~(分間程度)
	3	月	日(曜日)	午前・午後	時 分~(分間程度)

【 医師記入欄 】

面 談 可 否	可 ・ 否	面 談 日	上記申込日のうち、1・2・3
面 談 時 間	上記申込日以外の時間帯 月 日() 時 分~(分程度)		
面 談 場 所	図書室(2階)・総合医局内・その他()		
連 絡 事 項			

【 注意事項 】

- ・申込み用紙は、Dr.JOY(病院取引業者管理システム)、又は医局(図書)担当者・総務課窓口へ用紙を記載しご提出下さい。希望日の5日前(土日祝除く)までに申込み願います。
- ・結果連絡につきましては、Dr.JOY 又は用紙記載の FAX 番号に返信致しますので、ご理解の程宜しくお願い致します。
- ・訪問当日は、図書室(2階)へ面談時間の10分前に待機頂きますようお願い致します。
- ・訪問予約時間は、原則 13:00~17:00 の時間帯でお願い致します。(医師による指定時間は、この限りではありません)
- ・面談時間に、急患対応等がある場合、時間変更又は面談中止についてご理解の程宜しくお願い致します。(申込書の連絡先にご連絡致します)

返信日: 令和 年 月 日(曜日)

〒099-0494
紋別郡遠軽町大通北3丁目 1-5
JA北海道厚生連 遠軽厚生病院

部 署:

氏 名: