水府メディカルネット（申込書）

※この申込書をFAXしてください。

平成　　年　　月　　日

送信先

F A X	029-309-6528		
医療機関名	国家公務員共済組合連合会　水府病院		
診　察　科	内科・小児科・外科・整形外科・放射線科	医　師　名	
受診希望日時	年　月　日（　）　時頃		

送信元

医療機関名			
診　察　科		医　師　名	
T E L		F A X	

患者様情報

氏　名（フリガナ）			
生年月日	M・T・S・H　年　月　日	性　別	男・女
住　所			
T E L			
保険者番号		本人・家族	
記　号		番　号	

依頼者内容（概要）