

【面談申込書】

福岡大学病院 TEL:092-801-1011 (各診療科外来)

FAX:092-862-9446 (医事課)

・面談に関するお問合せ: 平日 14 時~16 時

次のとおり面談を申し込みます。

誓約事項を読み、同意のうえ「□」にチェックを入れてください。

☐ 面談日に対象患者の同意書の原本を提出します。

☐ 面談終了後に面談料 6,600 円(税込)をお支払いします。

<太枠の欄をご記入ください。>

申 込 者	会社名			
	氏名	※顔写真入りの職員証明書をご持参ください ※コピーをいただきます		
	住所			
	電話番号	TEL :	FAX :	
患 者 情 報	患者 ID			
	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	住所	〒 ー		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	年齢	歳
	電話番号	TEL :		
面 談 内 容	医師名		診療科	
	対象期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
	質問内容 (簡潔に記入 してください)	・ ・ ・ ・ ・		
面談(希望)日時	<第 1 希望> 令和 年 月 日 (時~ 時)			
	<第 2 希望> 令和 年 月 日 (時~ 時)			
	<第 3 希望> 令和 年 月 日 (時~ 時)			

<面談日時の調整について>

- ・面談日時の調整にお時間をいただきますので、予めご了承ください。
- ・面談日時が決定次第、ご連絡いたします。
- ・面談日に、この用紙をご持参ください。

***** 病院記載欄 *****

(初再診受付で同意書の有無を確認)	①FAX 受付	②日時連絡	③計算受付
有 ・ 無 (同意書の原本がない場合は面談不可)			