

村上記念病院 臨時透析申込み用紙

フリガナ 患者様氏名					(男・女)	
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	(歳)	
住 所	〒					
連 絡 先	— —					
透 析 施 設 名						
透 析 施 設 住 所	〒					
透 析 施 設 TEL	— —					
透 析 施 設 FAX	— —					
透 析 施 設 担 当 者 氏 名						
透 析 依 頼 日	①平成	年	月	日	曜日	時～
	②平成	年	月	日	曜日	時～
	③平成	年	月	日	曜日	時～
	④平成	年	月	日	曜日	時～
	⑤平成	年	月	日	曜日	時～
	⑥平成	年	月	日	曜日	時～
	※長期依頼の場合は下記に記載をお願い致します。					
	期 間：	平成	年	月	日～	月 日
	透 析 日：	()				
	開 始 時 間：	()				
備 考						

FAX 受信後、当院から貴施設へご連絡させていただきます。

受付時間：9：00～17：00
透析室専用 FAX：0979-24-1130