

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	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 年 月 日 曜日 時～ ② 年 月 日 曜日 時～ ③ 年 月 日 曜日 時～ ④ 年 月 日 曜日 時～ ⑤ 年 月 日 曜日 時～ ⑥ 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 : 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