

年 月 日

手話通訳予約申込書

FAX: 0857(21)8463

※太枠内のみ記入して送信してください(受診予約票があれば、予約票のみの送信でも大丈夫です)

ふりがな		ID番号 または 生年月日	[ID番号]		
お名前			[生年月日]		
ご住所			大・昭	年	月
FAX番号			平・令		
受診日時	年 月 日 ()		時	分	～

※当てはまるところに○をしてください

受診科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	形成外科	<input type="checkbox"/>	精神科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	
	<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	放射線科	
	<input type="checkbox"/>	麻酔科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	血液内科	
	<input type="checkbox"/>	リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/>				糖尿病・内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/>	総合内科
	<input type="checkbox"/>	緩和ケア内科	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科	<input type="checkbox"/>	消化器内科	
	<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	腫瘍内科	<input type="checkbox"/>	消化器外科	<input type="checkbox"/>	小児外科	
	<input type="checkbox"/>	耳鼻いんこう科	<input type="checkbox"/>	心臓内科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	産婦人科	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				呼吸器・乳腺・内分泌外科			
	<input type="checkbox"/>	その他()							
受診予約	有り ・ 無し								
その他	※上記日時以外の、受診通訳予約等ありましたらご記入ください								

病院返信欄

お問い合わせ先 〒680-0901 鳥取県鳥取市江津730番地 鳥取県立中央病院

患者支援センター TEL 0857-26-2271(代表) FAX 0857-21-8463