

## 茨城県立中央病院 がんゲノム外来受診申込書

【FAX】 0296-78-3589 (地域医療連携室宛)

紹介日 年 月 日

患者情報			
患者氏名	2枚目にご記入ください	性別	男・女
生年月日	2枚目にご記入ください		
住所			
電話番号			
貴院 ID			
茨城県立中央病院 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明		

貴院情報			
紹介元 医療機関			
電話番号		FAX	
紹介医	診療科		
	氏名		
	E-mail		
薬剤師	氏名		
	E-mail		
ご担当者	部署名	地域連携 ・ ( )	
	氏名		

1枚目、2枚目にご記載ください。

**個人情報保護のため、1枚目と2枚目を別々にFAXしてください。**

折り返し、担当者からメール・FAXでご連絡を差し上げます。

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 地域医療連携室

TEL. 0296-77-1121 (代表) FAX. 0296-78-3589 (地域医療連携室)

【受付時間】 9時～16時 (土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く)

予約受付時間外のお申込につきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。

【FAX】 0296-78-3589（地域医療連携室宛）

患者氏名	
フリガナ	
生年月日	(西暦) 年 月 日

紹介元医療機関	
紹介医氏名	

■連絡事項があればご記入ください。（ご都合の悪い日等）

1枚目、2枚目にご記載ください。  
**個人情報保護のため、1枚目と2枚目を別々にFAXしてください。**  
折り返し、担当者からメール・FAXでご連絡を差し上げます。

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 地域医療連携室

TEL. 0296-77-1121（代表） FAX. 0296-78-3589（地域医療連携室）

【受付時間】9時～16時（土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く）

予約受付時間外のお申込につきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。

茨城県立中央病院 記載欄	ID
-----------------	----