

電話診療申込書

FAX番号
089-945-8607

◎太枠内に必要事項をすべて入力し、当院までFAXまたはメールにて提出してください

◎メールの場合は、保険証を撮影した写真を添付、件名に「電話診療申込」、本文に下の項目を入力してください

申込月日	2020年 月 日		診察券番号	
フリガナ	-----		性別	生年月日
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S H・R 年 月 日
現住所	〒 _____ ※アパート名・棟名・部屋番号まで、ご記入お願いします。			
電話番号	電話診療にて使用するクリニックから連絡してもよい番号をご記入ください。	(_____)		
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯 《 本人 ・ 続柄 (_____) 》		
かかりつけ薬局 <small>名称は支店名まで ご記入ください。</small>	薬局名			
	電話番号	(_____)		
	FAX番号	(_____)		
診察予約日・時間	2020年 月 日 時 分			

* 枠に保険証のコピーの添付または保険証を撮影した写真をメールに添付してください。

【保険証 添付】

こちらに保険証を添付してください。
別紙でも可

※申込書を送付頂いても必ずしも診察可能
ということではありませんので、必ず当院からの
診察可否の電話を受け取られるようお願いします。

※FAXまたはメールを送信後、当院より
ご記入いただいた電話番号へご本人様確認のため、
連絡いたします。
その際、内容の確認や予約日、時間のご案内を
させていただきます。



医療法人聖愛会

ベテル三番町クリニック

〒790-0003

松山市三番町3丁目4-12

TEL: 089-941-1610 FAX: 089-945-8607

mail: 3ban@bethel.or.jp

ホームページ: <http://www.bethel.or.jp>

ご不明な点やご質問等ございましたら、お電話またはメールにて、お気軽にお問い合わせください。