

電話診療申込書

FAX番号
089-925-5599

◎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			☐ 男 ☐ 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病院から 連絡してもよい番号をご記入く ださい。	(— —)		
	☐ 自 宅	☐ 携 帯 《 本人 ・ 続柄 () 》		
かかりつけ薬局 <u>名称は支店名まで ご記入ください。</u>	薬 局 名			
	電 話 番 号	(— —)		
	F A X 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 松山ベテル病院

〒790-0833

松山市祝谷6丁目1229番地

TEL : 089-925-5000 FAX : 089-925-5599

mail : mail@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。