

新潟労災病院 勤労者脊椎・腰痛センター

診察・相談予約申込書

年 月 日

依頼内容	診察依頼 ・ 相談 (希望を○で囲んでください)	
希望日時	年 月 日 時 分	
フリガナ 受診者 氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (才)	
現住所	〒 - TEL () -	
新潟労災 来院歴	全く初めて 以前受診した (年 月頃)	
症状・ 受診理由		
紹介者・ 名称	〒 - TEL () - FAX () -	

※予約申し込みは、郵送又はファクシミリでお願いします。

※受診日時は、日程調整のうえ郵送又はファクシミリでご連絡いたします。