

## 女性外来申込書

フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和      年      月      日
住所	〒      -
電話番号 <small>申込者ご本人と連絡の取れる番号をご記入下さい</small>	(      )      -
名古屋市立大学病院の受診歴の有無	有（診察券番号：      ）・無
相談の内容および症状の概要	
右記の女性外来設定科の中で、希望の受診科がございましたら、○をつけてください。	血液・腫瘍内科、腎臓内科、呼吸器外科、乳腺外科 産科婦人科、小児科、アイセンター（眼科） 耳鼻いんこう科、形成外科、皮膚科、麻酔科 呼吸器内科、こころの医療センター ※ ご希望に添えない場合がございます。ご了承下さい。

この用紙にご記入のうえ、宛名を記載し84円切手を貼付した返信用封筒とともに封書に入れて、下記まで郵送してください。

〒467-8602

名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1

名古屋市立大学病院 医学・病院管理部医事課（女性外来担当）