

女性外来申込書

フリガナ	
氏名	
生年月日	大・昭・平・令・西暦 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	
希望の受診科に○をつけてください。 ※ ご希望に添えない場合がございます。ご了承下さい。	消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、腎臓内科、血液・腫瘍内科、消化器・一般外科、呼吸器外科、乳腺外科、整形外科、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、こころの医療センター

この用紙にご記入のうえ、宛名を記載し1,100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 病院管理部医事課（女性外来担当）