

各種相談『申込書』

記入日 平成 年 月 日

ご本人	ふりがな					
	氏名、性別	(男 ・ 女)				
	生年月日(年齢)	(明治・大正・昭和・平成)	年 月 日	(歳)		
	連絡先TEL	日中に確実につながる連絡先を記入お願いします。 (FAX:)				
	ご住所	〒				
現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他 ()					
ご相談者 (患者さんご本人でない場合にご記入ください)						
	ふりがな			ご本人との続柄		
	氏名					
	連絡先TEL	日中に確実につながる連絡先を記入お願いします。 (FAX:)				
	ご住所	〒				
日程 (ご希望の日になちをご記入いただき、ご希望時間帯をご記入ください。ご相談時間の目安は30分～50分程度になります。) 注) オフィス阪神での面談日時につきましては、担当医師のスケジュールを優先させて頂く場合があります。	第一希望		第二希望		第三希望	
	月	日	曜日	月	日	曜日
	①	時	分	①	時	分
	②	時	分	②	時	分
	③	時	分	③	時	分
④	時	分	④	時	分	
疾患名 (例:肝臓がん等)						
主治医の 医療機関名	医療機関名		病院		科	
	主治医		先生			
当センター オフィス阪神は、 どちらでお知りになりましたか						
民間の保険会社商品のうち、 先進医療特約に加入していますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  保険会社名 (任意記入):			

送付先:

- ①FAX 078-436-0781
- ②郵送 〒658-0015
- 兵庫県神戸市東灘区本山南町7丁目3-15 1階
- メディポリス国際陽子線治療センター オフィス阪神

【申込書】を確認後、オフィス阪神 担当者より、事前にご用意頂きたい資料やご相談日時について確認のご連絡を差し上げます。ご不明な点がございましたら、お気軽に下記ご連絡先までご連絡ください。

連絡先: 078-436-0780 ※電話での受付時間は9時～18時 (平日)です。