

【様式 4】

## 共同利用・共同診療等申請書

年 月 日

鹿児島市立病院 様

登録医療機関名

登録医氏名

電話番号

FAX番号

つぎのとおり、申請します。

### 1. 患者情報及び申請目的

・患者情報

漢字氏名: \_\_\_\_\_

カナ氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

年

月

日

性別: \_\_\_\_\_

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

その他特記事項等

{

}

・申請目的(該当に○をして下さい。)

( ) 共同利用

( ) 共同診療

( ) その他( )

### 2. 申請目的の窓口となる診療科等

### 3. 希望日時

第一希望

年

月

日( )

時~

時

第二希望

年

月

日( )

時~

時

### 4. その他必要書類を添付

### 申請結果(市立病院記入欄)

・ \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分 で予約

・ その他

{

}