

(FAX 送信用)

診療情報提供書 (紹介状)

(事前登録申込書)

年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院

科 _____ 医師 _____
受診希望日 年 月 日 ()
〒134-0086 東京都江戸川区臨海町1丁目4番2
TEL 03 (5605) 8811 (代)

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

(記載せず名刺を貼付頂いても結構です)

下記の患者様についてよろしくお願ひします。 紹介目的 ()

患者氏名 および 生年月日	フリガナ	大正・昭和 年 月 日生 (歳) 平成・令和 (職業)
	様 (男・女)	
住所	(〒 -)	TEL ()

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院
医療連携室

FAX 03 (5605) 7182

TEL 03 (5605) 8811 (代)

FAX受信時間：午前8時30分～午後5時 (月～金曜日)

FAX受信後、受診日や予約時間の調整のため、電話連絡をさせていただきます。