

神奈川県立子ども医療センター セカンドオピニオン申込書

訴訟などの目的に使用しないこと、および自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、下記の内容でセカンドオピニオン外来を申し込みます。

申込年月日 年 月 日

患者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
申込者	氏名		続柄	
	住所	〒		
	電話番号			
希望日 <small>*ご希望に添えない場合もごさいます。</small>		第1希望	月 日 ()	
		第2希望	月 日 ()	
		第3希望	月 日 ()	
		いつでも良い		
希望する診療科				
希望する医師名 <small>*希望がある場合のみ記入してください。</small>				
希望形式		対面	・	オンライン
主治医	医療機関名			
	診療科			
	氏名	先生		