

訪問予約申込書

送信票は不要です。
申込書のみ送信下さい。

① F A X 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 1 : 0 0 (時間厳守)

② 確認電話受付時間 1 1 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0 (時間厳守)

* 当日の訪問予約は受け付けません。

* 確認電話は、F A X 受付の翌日以降に
して下さい。

TEL : 096-365-1711 (代表)

- 医師への訪問予約受付 : F A X 番号 0 9 6 - 3 6 5 - 1 7 9 6
確認電話先 医局受付 内線 3 5 0 0
- 薬剤部への訪問予約受付 : F A X 番号 0 9 6 - 3 6 5 - 1 8 2 7
確認電話先 内線 1 5 0 2
- 上記以外の訪問予約受付 : F A X 番号 0 9 6 - 3 6 5 - 1 7 1 2
確認電話先 財務課 用度班

| | | | |
|--------|--|------|-----|
| 会社名 | | | |
| 訪問担当者名 | | 連絡先 | - - |
| 訪問相手先名 | | 希望日時 | |
| 用 件 | | | |
| 病院記入欄 | | | |

| | | | |
|--------|--|------|-----|
| 会社名 | | | |
| 訪問担当者名 | | 連絡先 | - - |
| 訪問相手先名 | | 希望日時 | |
| 用 件 | | | |
| 病院記入欄 | | | |

| | | | |
|--------|--|------|-----|
| 会社名 | | | |
| 訪問担当者名 | | 連絡先 | - - |
| 訪問相手先名 | | 希望日時 | |
| 用 件 | | | |
| 病院記入欄 | | | |

| | | | |
|--------|--|------|-----|
| 会社名 | | | |
| 訪問担当者名 | | 連絡先 | - - |
| 訪問相手先名 | | 希望日時 | |
| 用 件 | | | |
| 病院記入欄 | | | |