

(受信者)

医療法人社団 新風会 丸山病院

〒430-0903 静岡県浜松市中央区助信町39-10

電話 053-473-6721

FAX 053-474-6922

臨時透析FAX依頼書

申込日 年 月 日

医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX番号	

<患者様情報>

氏名/年齢/性別	年齢	歳	性別	男・女
郵便番号				
住所				
自宅電話番号				
携帯番号				
現在の透析曜日				

<ご希望の透析日>

1	月	日	曜日
2	月	日	曜日
3	月	日	曜日
4	月	日	曜日

※必須<透析食>

必要	・	不要
----	---	----

※透析食は一食600円となります。

上記を記入し、保険証・特定疾病受領証・その他医療受給者証(お持ちの方)のコピーと一緒にFAXにてご送付ください。

丸山病院 FAX番号

053-474-6922