

独立行政法人国立病院機構 佐賀病院 受診FAX受付票

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 佐賀病院

科 先生

医療機関

医師名

TEL

FAX

入院希望（有・無）

受診予定日 令和 年 月 日 時頃

フリガナ	TEL
患者氏名	男
	女
	様
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日（才）	

受診FAX受付案内

専用FAX番号(フリーダイヤル) 0120-872-882

(手続き方法)

- ① 患者さんにFAX受付票と紹介状(診療情報提供書)をお渡しし、
受診の際にご持参いただくようご説明下さい。
- ② 当院FAX以外のご紹介の場合でも紹介状をお願いします。

連絡先 独立行政法人国立病院機構 佐賀病院 地域医療連携室

〒849-8577 佐賀市日の出一丁目20-1 TEL 0952-30-7141 FAX 0120-872-882