

医師面談申込書

岐阜メイツ睡眠クリニック 院長 宛

年 月 日

次のとおり、医師面談を申し込みします。

(A) 30分以内10,000円税別

(B) 60分以内20,000円税別

申込者	所属名	
	住所	
	面談申込者氏名	
	連絡先 電話番号	
対象患者	患者氏名	
	本人の同意書の有無	有 ・ 無 (同意書を当日提出頂けない場合は面談をお受けできません。)
面談事項	①	
	②	
	③	

面談実施時間

年 月 日 時 分から
年 月 日 時 分まで

事務担当: _____