

この申込書、または診療予約票をFAXしてください

年 月 日

## 手話通訳予約申込書

**FAX: 0857(30)5230**

※太枠内にご記入ください

ふりがな		ID番号 または 生年月日	[ID番号]
お名前			[生年月日] 大・昭 平・令 年 月 日
ご住所			
FAX番号			
受診日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~		

※当てはまるところに○をしてください

受診科	小児科	形成外科	精神科	脳神経外科
	脳神経内科	眼科	泌尿器科	放射線科
	麻酔科	皮膚科	整形外科	血液内科
	リウマチ・膠原病内科	感染症・総合内科	緩和ケア内科	呼吸器内科
	歯科口腔外科	消化器内科	腎臓内科	腫瘍内科
	消化器外科	小児外科	耳鼻いんこう科	心臓内科
	心臓血管外科	産婦人科	救急科	
	糖尿病・内分泌・代謝内科		呼吸器・乳腺・内分泌外科	
	その他( )			
受診予約	有り ・ 無し			
その他	※上記以外の、受診通訳申込等ありましたらご記入ください			

病院返信欄

--

お問い合わせ先 〒680-0901 鳥取県鳥取市江津730番地 鳥取県立中央病院  
医療福祉相談センター TEL 0857-26-2271(代表)  
FAX 0857-30-5230