西 新 潟 中 央 病 院
単回放射線治療 ＦＡＸ申込書

年　　月　　日

依頼施設名　　ＴＥＬ

医師氏名　　ＦＡＸ

紹介情報

主傷病名	
診療希望科	放射線科
紹介目的等 （簡単で結構です）	診療情報提供書を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年　月　日 （　歳） 男・女
患者氏名			
住所	〒 ＴＥＬ　（　）		

＊１７時以降のＦＡＸ受付分は、後日ご返信いたします。

西新潟中央病院　地域医療連携室　（受付時間：８：３０～１７：００）

ＴＥＬ ０２５－２６７－４３１４　ＦＡＸ　０２５－２６７－４３１５

Ver1.0 2026.07.27