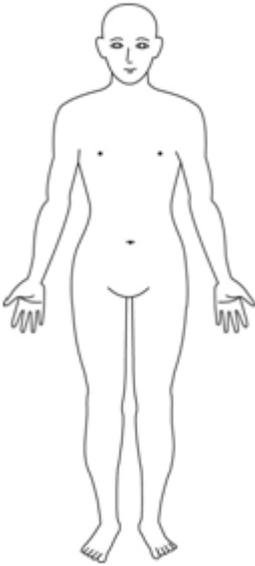


手話通訳申込書

名 前				男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
住 所	FAX			
	携帯メールアドレス			
受診希望日	令和	年	月	日 () 時 分
他の病院からの紹介状はありますか？		あり	なし	
あてはまるところに○をしてください			※痛いところに○をしてください	
内 科		眼 科		
消化器内科		皮 膚 科		
外 科		整 形 外 科		
耳鼻咽喉科		泌 尿 器 科		
脳神経外科		産 婦 人 科		
小 児 科		メンタル(精神科)		
麻 酔 科		心 療 内 科		
放 射 線 科				
【メモ】				
岩見沢市立総合病院 手話通訳者 〒068-8555 岩見沢市9条西7丁目2番地 FAX 0126-25-0886 専用メールアドレス syuwahp@med.hamanasu.com				