

医師面談専用 FAX

送信日： 年 月 日

【送信先】	沖縄協同病院 医局事務課 FAX：098-853-1217 TEL：098-853-1200
【送信元】	社名： 担当者： 電話： FAX： Mail： @

下記にて面談を希望します、ご回答をお願い致します。

記

面談希望医師：

面談希望日時①： 年 月 日 () 時～ 時

面談希望日時②： 年 月 日 () 時～ 時

面談内容：

病院記載欄

面談可否 ; 可 不可
 面談場所 ; 医局 外来
 WEB

※WEB面談をご希望の際は、先生のメールアドレスのご記入をお願い致します。

Mail： @ _____

※業者様へ; 貴社に FAX がなく、メールでの返答をご希望の際は内容にその旨ご記載ください。
 面談当日は、当院からの返信 FAX (Mail) を総合案内にご提出下さい。