女性専門相談申込書

西暦　　年　　月　　日

岐阜大学医学附属病院総合患者サポートセンター　宛

　以下のとおり、女性専門相談を申し込みいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  相談者氏名 |  | 性別  女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日　（　　　　歳） | |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |
| 現在の状況  （必要時記入） | 受診医療機関名  （　入院中　・　通院中　）  診療科：  主治医： | |
| その他  （特記すべき事項があれば記入） |  | |

* + 事前に相談希望者の情報を登録しますので，太枠内の情報は正確にご記入ください。

　　※　相談料金は、30分までを10,000円（税別）とし、以降延長30分ごとに5,000円（税別）が加算された金額になります。