

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。