

医師面会依頼票

貴社名 _____

ご担当者様 _____

面会希望医師

_____ 科 _____ 医師

面会希望日

目的

面会希望時間

_____ 約 _____ 分

連絡先

_____ 会社 ・ 携帯

備考

※緊急を要する場合は、その旨お知らせ下さい。

FAX送信先：0778-23-4014（代表）