

無料・低額診療制度 利用紹介状

下記の方は、名南病院で「無料・低額診療制度」による診療を希望されていますので、紹介します。

受診を希望されている方

氏名

住所

〒

—

電話

—

—

紹介内容

紹介者名

紹介団体

電話

—

—

※紹介状がなくてもお気軽にご相談ください。