

送付先ファックス番号 >>> 046-251-1440 (医事課)


【対応時間】 月曜～金曜 9:00～17:00
土曜 9:00～12:00

座間総合病院 予約変更依頼書

聴覚障害・言語障害の方 専用

※太枠内の記入をお願いいたします。

診察券番号			
氏名		生年月日	大正・昭和・平成
ファックス番号			年 月 日

受診科					科
現在の予約日時		年	月	日	時 分
					
ご希望日時	第1希望	年	月	日	時 分
	第2希望	年	月	日	時 分
	第3希望	年	月	日	時 分

- 回答までに時間がかかることをご了承ください。緊急の場合は直接ご来院ください。
- ご希望の日時にそえない場合、下記『ご連絡事項』に記載いたします。
お手数ですが、再度『ご希望日時』欄にご希望日時を記載の上、FAX送信をお願いいたします。

受診日 連絡票

あなたの _____ 科の受診は、以下に決定いたしました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

★ 予約時間の _____ 分前には、ご来院ください。

ご連絡事項

--