

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 受診予約依頼書

※FAX申込みは聴覚障害・言語障害の方専用です

※太枠内の記入をお願いいたします。

| | | | |
|---------|--|------|----------|
| 診察券番号 | | | |
| フリガナ | | 性別 | |
| 氏名 | | 生年月日 | 大正・昭和・平成 |
| ファックス番号 | | | 年 月 日 |

| | | | | | | | |
|------|--------------------------------|------|---|---|---|---|---|
| 受診予約 | 希望受診科 | | | | | | 科 |
| | 症状 (いつから・どのような・今でも継続しているのか、など) | | | | | | |
| | 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『受診予約』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

| |
|--|
| |
|--|