

袖ヶ浦さつき台病院 予約センター

FAX 0438-62-7903

※お返事は8:30~17:30(祝祭日除く)の間にお送り致します

外来診療予約・予約変更申込書(FAX 専用)

この用紙は聴覚に障害のある方が FAX にて予約を取るためのものです。
必要事項を全てご記入の上、予約センターまで FAX をお願い致します。

フリガナ

氏名 _____ [男 ・ 女] 診察券番号 _____

※診察券をお持ちの方は、診察券の番号を記入して下さい

生年月日 T ・ S ・ H _____ 年 _____ 月 _____ 日 FAX 番号 _____

その他連絡先 氏名 _____ 続柄(_____) 電話番号 _____

ご希望される日付等を記載して下さい

	希望日	希望時間	診療科	医師
第1希望	H 年 月 日 ()	時 分頃	科	医師
第2希望	H 年 月 日 ()	時 分頃	科	医師

現在の症状や相談内容について具体的に記載して下さい。

備考(ご不明な点等ありましたら、こちらへ記入して下さい)

返信用(返信用となりますので記入不要です)

ご予約を承りました。

予約日は H 年 月 日 () 時 分 ~ 医師 です。

受診の際は、診察券、保険証を持参の上、総合受付までお越し下さい。

ご希望の日付で予約をお取り出来ませんでした。