

平成 年 月 日

FAX 連絡用紙(返信)

(送信先)

\_\_\_\_\_  
医院御中

\_\_\_\_\_  
先生御侍史

(送信元)

岐阜赤十字病院地域連携センター

[TEL:058-231-2266\(代\)](tel:058-231-2266)

FAX:058-231-3026

外来予約確認書

予約お申し込みを頂き、ありがとうございました。下記のように予約いたしました。

名前 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 年 月 日 生

予約日時 \_\_\_\_\_ 月 日 ( 曜日 ) 時 分

診療科目 整形外科

担当医師 \_\_\_\_\_ 医師

予約の変更、キャンセルは岐阜赤十字病院地域連携センターまで御連絡下さい。TEL:058-231-2266(代)2127(内線)

受付 平日 午前9時 ~ 午後7時

土曜 午前9時 ~ 午後0時30分