

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)

岐北厚生病院地域連携室

TEL:0581-22-4139

FAX:0581-22-4812

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 _____ 高見 秀一郎 _____ 医師

予約の変更、キャンセルは岐北厚生病院地域連携室まで御連絡下さい。

TEL:0581-22-4139

受付 平日 午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時 15 分