

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)

羽島市民病院医療サービスセンター

TEL: (058) 391-0182

FAX: (058) 393-1647

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、キャンセルはご紹介元である医療機関を通じて当院までご連絡くださいますようお願いいたします。

羽島市民病院医療サービスセンターTEL: (058) 391-0182

受付 平日 午前 8 時 30 分～午後 7 時

土曜日 午前 8 時 30 分～午後 0 時