

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)

山内ホスピタル整形外科

TEL:058-276-2131(代表)

FAX:058-277-6702

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。

氏名 \_\_\_\_\_ 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、キャンセルは山内ホスピタルまで御連絡下さい。