

再診専用

予約変更依頼書

※太枠内のみ記入して送信してください

ID		かな	
		氏名	
FAX	() -	生年 月日	明・大 昭・平・令 年 月 日

※予約変更のみにお使い下さい

診療科	担当医	予約日	時間	変更希望日	時間
		/ ()	:	① 月 日 () ② 月 日 ()	: :
		/ ()	:	① 月 日 () ② 月 日 ()	: :
		/ ()	:	① 月 日 () ② 月 日 ()	: :

連絡欄 例) ○科と○科は同日希望、9:30 までは受診できない、など

予約確認書

※病院記入欄

予約が確定しましたので下記の日時に受診してください。

診療科	担当医	予約日	時間
		令和 年 月 日 ()	:
		令和 年 月 日 ()	:
		令和 年 月 日 ()	:

連絡欄