　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

鳥取県立厚生病院

**FAX 0858-22-8210**

**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** | | | |

お問合せ先　　〒682-0804　鳥取県倉吉市東昭和町150番地　鳥取県立厚生病院

地域連携センター　TEL0858-22-8181（代）FAX0858-22-8210