

予約票

平成 年 月 日

発行医療機関名

患者氏名

生年
月日

M・T・S・H

年 月 日

予約日時

月 日 曜日
時 分

予約診療科

科 医師

*受付にこの予約券・紹介状・各種保険証を提示してください。

*予約日時の変更は、9:00 ~ 17:00 の時間内に電話で行えます。

上記予約前日までに地域連携室(直通0234-43-3470)あてにご連絡ください。