

FAX送信先：078-242-5382

電話再診申込書

※複数科ある方は科ごとにお申込みください

ID番号	-		
氏名	ふりがな		
性別	男 女	生年月日	年 月 日
連絡のつく 電話番号	-		
予約日・時間	2020 年 月 日 () :		
受診診療科、主治医			
保険証変更の有無	有 ・ 無 ※ 有の場合はコピーをFAXしてください		
希望の調剤薬局	() 薬局 () 店 TEL - - FAX - -		
住所	〒 - ※院内で薬を受け取られている方は、配送を希望する住所を記載してください（配送料は患者さんでご負担ください）。		