

FAX 0966-47-2551 (たかの眼科宛)

外来予約依頼票 (兼 FAX 送付状)

発信元 *本紙含め____枚送付。 ____年 ____月 ____日

ご施設名	
電話番号	
F A X	
担当者様	

患者様情報

患者様氏名	フリガナ 男・女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
保険種別	国保・社保・その他()
住 所	
電話番号	<input type="checkbox"/> ご自宅: <input type="checkbox"/> 携 帯: ※高度難聴の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(携帯電話宛にショートメール希望)
備 考 欄	

- ・本依頼票と診療情報提供書を、あわせて FAX 送信下さい。
- ・本依頼票受領後、当院より患者様へ電話連絡し予約日時を決定させていただきます。
- ・診療情報提供の原本は、当院宛に郵送頂くか、或いは患者様へお渡し下さいますようお願い致します。

送 付 先 (たかの眼科)

住 所	〒868-0422 熊本県球磨郡あさぎり町上北193-1
電話番号	050-1807-9656
F A X	0966-47-2551
対応時間	月曜～木曜 9時～17時 金曜 9時～12時