

FAX: 0857(21)8463

診察予約変更依頼書

※太枠内のみ記入して送信してください

ID		ふりがな			
		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
					第1希望	月 日 ()	
					第2希望	月 日 ()	:
					第1希望	月 日 ()	:
					第2希望	月 日 ()	:
					第1希望	月 日 ()	:
					第2希望	月 日 ()	:

【連絡欄】 例)〇〇科と〇〇科は同日希望、9:30までは難しい、など

予約変更依頼書 受信確認

※病院記入欄

上記、予約変更依頼書を受け取りました。	確認者名	
予約変更が決まりましたら、お知らせいたしますのでお待ち下さい。		

予約確認書

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。

※病院記入欄

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 ()	:

お問合わせ先 〒680-0901 鳥取県鳥取市江津730番地 鳥取県立中央病院

患者支援センター TEL 0857-26-2271(代表)

FAX 0857-21-8463