

鳥取県立中央病院
医療福祉相談センター 手話通訳者 宛

年 月 日

FAX: 0857(30)5230

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 () | : |

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

医療福祉相談センター TEL 0857-26-2271(代表) FAX 0857-30-5230