

発達相談外来 予約票 (八代更生病院)

FAX番号 0965-35-8275

★本紙と「診療情報提供書(紹介状)」を一緒にFAXお願いいたします

紹介医療機関

医療機関名			
医師名			
電話番号		連絡担当者	
FAX番号			

患者様情報

フリガナ			性別	(男・女)
患者様氏名				
生年月日	_____年 _____月 _____日生 (_____歳)			
住所	〒 _____			
連絡先		名前	続柄	電話番号
	連絡先1			
	連絡先2			

希望日時

※診療は「第2木曜日」のみとなります

第一希望： _____月 _____日(木) 第二希望： _____月 _____日(木)

お問合せ先：八代更生病院 TEL：0965-33-4205

※受付時間：平日 (午前)8:30~12:00 (午後)13:30~16:00