

送信先： 東京慈恵会医科大学附属病院 外来予約変更特設 F A X 行

F A X 番号： 03-6721-5086

外来診療予約変更 F A X 送信状

※以下の太枠内のご記入をお願いします。

※キャンセルの場合はお電話・F A Xは不要です。

患者 I D	3 0 0							
患者様の氏名	フリガナ：				生 年 月 日			
	様				大正		年 月 日	
					昭和			
					平成			
					令和			
連絡先 電話番号	— — (平日日中のご連絡がつくお電話をお願いします)							
F A X 番号	— — (ご自宅にある場合のみご記入ください)							
記載者氏名	様				患者様との関係： 本人・()			
ご予約の内容 「予約票」が	ある方	予約票を一緒にお送りください						
	ない方	予約日時 月 日 (曜日)						
		診療科 () 科・センター						
変更の ご希望日	第 1 希望 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後							
	第 2 希望 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後							
	第 3 希望 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後							
	☐ いつでもよい							
備考								
※必ずご確認 ください (注意事項)	○本状の受付後、約 7 日のうちにお電話にて変更後の予約内容をご連絡いたします。 ※本送信状でのお受付は、ご予約日を除く 7 日前までとさせていただきます。 ○キャンセルの場合はお電話、F A Xは不要です。							
病院記載欄						変更完了		連絡完了