

石心会 さやま総合クリニック

FAX 04-2900-2626

予約申し込み専用FAX

こちらの用紙は、聴力に障害のある方がFAXにて予約を取る為の送付状です。

登録番号 (診察券の番号)		
氏名	様	
FAX番号		
その他の 連絡先	氏名	
	電話番号	

ご希望の予約日時等をご記入下さい。

第1希望	日時	診療科	医師
	月 日() 時 分	科	医師

第2希望	日時	診療科	医師
	月 日() 時 分	科	医師

第3希望	日時	診療科	医師
	月 日() 時 分	科	医師

ご症状をご記入下さい。

--

その他ご要望等がございましたら、ご記入下さい。

--