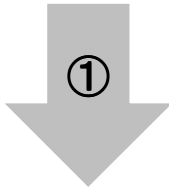


診察・検査予約FAX送受信紙

患者さん持参用

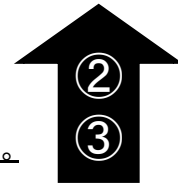
西新井ハートセンター病院
外来担当事務
FAX 03(5838)0731



① 当院よりFAX送信します。

② 診療希望日をチェックしてください。

③ 大枠にご記入のうえ、FAX返信してください。



紹介医療機関名

電話番号

医師氏名

FAX番号

予約日と時間

- ① (年 月 日 () 午前・午後 時 分)
 ② (年 月 日 () 午前・午後 時 分)
 ③ (年 月 日 () 午前・午後 時 分)

フリガナ	
氏名	男 女
生年月日	M・T S・H 年 月 日生 才
住所	〒 — —
電話番号	— — 方

予約日当日は、予約時刻の15分前までに西新井ハートセンター病院受付へお越しください。

- お持ちいただく
 - ① 紹介状
 - ② 保険証、各種医療証
 - ③ 診察・検査予約FAX送受信紙

- お問い合わせ先
 - 03-5838-0730
 - 平日 9:00~16:00
 - 土曜日 9:00~12:00

※上記以外是对应できませんのでご了承ください。