

診察予約申込書(診療情報提供書)

京都耳鼻咽喉音聲手術医院 本院 宛

申込書受信後、予約通知書を返信いたします。
ご来院の際は、保険証と一緒に予約通知書を提出してください。

FAX受付時間：診療日 9:00～17:00

FAX: 0774-64-0872

電話: 0774-64-0789

休診日：木・土曜午後・第一木曜日・日曜日・祝日

FAX受付時間外にお送りいただいた場合は返信が遅れますことをご了承ください。

貴医療機関

名称: _____ 医師名: _____

電話: _____

FAX: _____

	月	火	水	木	金	土
午前	廣芝	竹本	一般(林)	岩永/廣芝	野田	廣芝/但吉/野田
午後	竹本	中川	廣芝/但吉		野田	

患者情報

フリガナ

生年月日:

患者氏名

年齢:

現住所 〒

電話番号

受診希望日

第1希望 月 日 時頃

第2希望 月 日 時頃

ご紹介内容

詳細

耳に関する診察希望

鼻に関する診察希望

のど・音声に関する診察希望

FAX番号 : 0774-64-0872