

西部メディカルセンター 診察予約変更依頼書

送付先FAX番号 0296-24-9177

《対応時間》 (平日) 月～金曜日 午前9:00～午後4:00

※太枠内のご記入をお願い致します。

診察券番号			
お名前		男	女
生年月日	西暦	年	月 日
FAX番号	—	—	

受診予約	受診科	科		
	担当医	先生		
	ご希望日時 (第1希望)	月	日	時 枠
	ご希望日時 (第2希望)	月	日	時 枠

★ご回答までにお時間が掛かることをご了承ください。

★ご希望に添えない場合、再度依頼書を送信して頂くこともございます。

変更連絡票

予約変更日は以下の日時となります。

月	日	時
---	---	---

申し訳ございません。再度ご希望日を送信してください。