

F A X 予 約 申 込 書 (胃内視鏡検査)

【 FAX : 052-621-0310】

令和 年 月 日

受診者

フリガナ

氏 名 _____ 様

性別 男 ・ 女

生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

とどろきクリニックへの受診歴 (あり ・ なし)、診察券 (あり ・ なし)

検査希望日 (月・火・木・金・土曜日AM)

- | | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---------|---|----------|---|---------|
| 1. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM8:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ | PM5:30～ |
| 2. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM8:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ | PM5:30～ |
| 3. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM8:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ | PM5:30～ |

検 査 目 的

- 1、名古屋市胃がん検診 2、健診異常で二次検査希望 3、健康診断希望
4、その他 (自他覚症状 : _____)

1. 検査希望日の1週間前までにお申し込みください。

2. 折り返し、予約票および検査案内をFAX返信致します(10分以内)。

お 申 し 込 み 先 : とどろきクリニック

F A X : 052-621-0310

電 話 : 052-621-0807