

F A X 予 約 申 込 書 (胃 X線検査)

【 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 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 (金曜日 AMのみ) 至急など金曜日以外はお電話にて日程調整致します

- | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---------|---|----------|---|
| 1. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |
| 2. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |
| 3. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |

検査目的

- 1、名古屋市胃がん検診 2、健康診断希望
- 3、その他 (自覚症状: _____)

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