

送付先 FAX番号 **046-292-1700** (医事課)


対応時間 月曜～金曜 9:00～17:00
土曜 9:00～12:00

海老名メディカルプラザ 予約変更(キャンセル)依頼書

FAXでの申し込みは、聴覚障害・言語障害の方、専用です

※太枠内の記入をお願いいたします

診察券番号			大正・昭和・平成
フリガナ		性別	年 月 日
氏 名			
FAX番号			

受診科	科				
現在の予約日時	年	月	日 ()	時 分	
					
ご希望日時	第1希望	年	月	日 ()	時 分
	第2希望	年	月	日 ()	時 分
	第3希望	年	月	日 ()	時 分
キャンセルのみ					

※回答まで時間がかかる場合がございます。緊急の場合は、直接ご来院のうえ、窓口にてご相談ください。

※ご希望の日時にそえない場合、下記『ご連絡事項』に記載いたします。

お手数ですが、再度「受診予約」欄にご希望日時を記載の上、FAX送信をお願いいたします。

受診日 連絡票

さんの _____ 科 の受診は、下記の日程に決まりました。

_____ 年 月 日 () 時 分

当日は、予約時間の _____ 分前に、ご来院のうえ、 _____ 窓口にお越しください。

ご連絡事項

--