

FAX送付状

年 月 日

稲城市立病院
(診療科名)

先生宛

面談を希望する方の

| | |
|-----|--|
| 会社名 | |
| 部署名 | |
| 担当者 | |
| TEL | |
| FAX | |

*アポイント希望の場合

※現在、訪問規制中です。WEB面談やお電話での対応をお願いします。

〈希望日〉

- | | | | | | |
|--------|---|-------|---|---|------|
| ・第1希望日 | 月 | 日 () | : | ～ | 可・不可 |
| ・第2希望日 | 月 | 日 () | : | ～ | 可・不可 |
| ・第3希望日 | 月 | 日 () | : | ～ | 可・不可 |

〈方法・内容・所要見込時間〉

〈医師より〉

*その他の連絡事項

&

当院からの返信事項