

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 予約依頼書 (FAX専用)

FAX 047-433-7086 (地域連携室 直通)

予約専用 TEL047-433-8730 ・ 代表 TEL047-433-2111

紹介医療機関名：

所在地：〒

電話番号：

FAX 番号：

医師名：

骨粗鬆症センター (月曜14:00)

初回  2回目以降

希望受診日：

第1希望 年 月 日 (月)

第2希望 年 月 日 (月)

備考：

フリガナ：

患者氏名：

(男・女)

生年月日：

S・H 年 月 日

年齢 歳

※当院の受診歴 (有・無)

住 所：〒

電話番号：

予約受付時間：月～金 8:30-17:00

(時間外に受信した FAX は翌営業日に対応します)