送付先 FAX番号　**046-233-1533**　（医事課）

対応時間　月曜～金曜　9:00～17:00

土曜　9:00～12:00

海老名総合病院　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			生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
フリガナ		性別		
氏　　名				年　　月　　日
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