禁煙外来初診予約申込書

申込日　　年　　月　　日

患者さんの情報欄	ふりがな	
	氏　名	
	生年月日	M　T　S　H　　年　　月　　日
	住　所 （番地まで）	
	電話番号	（　　）
	ファックス番号	（　　）
受診の内容	受診希望	禁 煙 外 来
	受診曜日	毎週木曜日　午後4時から
	受　診 希 望 日	第1希望（　／　）第2希望（　／　）第3希望（　／　）
	返信方法	（　ファックス　・　郵送　）　を希望します。
	喜多医師会 病院受診歴	あり（　　年　　月頃）　・　なし

注（1）　（別紙）「禁煙治療のお知らせ」をよくお読みになり、お申し込みください。

（2）　記入後は、下記の住所・番号にファックス若しくは郵送してください。
折り返し、ファックス（郵送）にて受診日をご案内いたします。

（3）　希望される受診日について、第1～3希望までご記入ください。

（4）　希望日に予約できない場合もありますので、ご了承ください。

（5）　当院に通院中の患者さんは、まず担当医にご相談ください。

喜多医師会病院
〒795-8505　大洲市徳森2632-3

初診予約窓口
fax：0893-25-0825
TEL：0893-25-0535
（※お問い合わせは平日の午後2時から
5時までにお願いいたします。）