

乳がん検診予約依頼 (FAX 0893-25-0545)

年 月 日

喜多医師会病院

医療機関名

電話番号

住所

FAX番号

医師氏名

希望コース	<input type="checkbox"/> マンモグラフィのみ <input type="checkbox"/> 視触診+乳腺エコー <input type="checkbox"/> 視触診+乳腺エコー+マンモグラフィ
第一希望日	年 月 日
第二希望日	年 月 日
第三希望日	年 月 日

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		
住所		
電話番号		
生年月日	年 月 日	歳

- ※ 予約日が決定しましたら予約票を返信いたします
- ※ 従来どおり電話による予約もご利用いただけます

FAX 受付時間：平日 午前 8 時 30 分から午後 4 時 30 分

上記時間以外にいただいた FAX につきましては、翌日または休み明けの返信とさせていただきますのでご了承ください

[お問い合わせ先] 喜多医師会病院 予約係 TEL0893-25-0544 FAX 0893-25-0545