

聴覚障害者専用用紙

予約受付・変更 申込書 (FAX専用)

古河赤十字病院 予約センター
FAX 0280-23-7119

診察カード登録番号 (番号不明の場合、生年月日記入願います)	
お名前	FAX番号

FAX予約の場合

希望科	希望日	
	第1希望日	
	第2希望日	

変更希望 (日・時間) の場合

予約科	変更前 予約日	変更前 予約時間

変更希望日		変更希望時間	
第1希望日		第1希望時間	
第2希望日		第2希望時間	

* ご予約決定日・時間 (番号) は別紙にて送信いたします。

備考

予約時間 月～金曜日 8:00～16:00
第1、3、5土曜日は12:00までお願いします