

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| 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 |
|                               |       |

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| 希望科 | 希望日   |  |
|     | 第1希望日 |  |
|     | 第2希望日 |  |

| 予約科 | 変更前 予約日 | 変更前 予約時間 |
|-----|---------|----------|
|     |         |          |

|       |  |        |  |
|-------|--|--------|--|
| 變更希望日 |  | 變更希望時間 |  |
| 第1希望日 |  | 第1希望時間 |  |
| 第2希望日 |  | 第2希望時間 |  |

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

予約時間 月～金曜日 8:00～15:30  
土曜日は12:00までをお願いします