

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土曜日は12:00までをお願いします