

# 予約確認票

平成 年 月 日

ご紹介医療機関

ご紹介医

先生

患者様のお名前：

様

患者様生年月日： M・T・S・H 年 月 日

[当院患者ID： ]

・予約診療科

科

医師

・予約日 年 月 日 ( )

・予約時間 午前 ・ 午後 時 分

\* 予約時間の15分前までに、総合受付にお越してください

\* ご持参いただくもの

保険証等

紹介状

予約確認票 (この用紙)

本院の診察券 (以前に受診歴のある方)

\* やむを得ない事情によりご予約時間より遅れる場合がありますので、ご了承ください。

\* ご都合により、予約日時に来院できない場合はお手数ですが下記までお早めにご連絡ください。

その他

〒919-0414

福井県坂井市春江町江留下屋敷62-5

春江病院 地域連携室

TEL 0776-51-0029

FAX 0776-51-0602