



FAX 診察予約受付票

本ページをプリントし、必要事項をご記入の上、南海クリニック宛てに送信してください。

03-5879-7193

年 月 日

フリガナ	
お名前	

ご予約完了のご連絡方法	電話 ・ ファックス ・ 電子メール クリニックより確認のご連絡を差し上げておりますので、以下に連絡先をご記入ください。
ご連絡先	
メールアドレス	
ご連絡のご希望時間帯	

診察希望日時 診察希望日は、本日を含め3日 目以降をご指定ください。	第一希望: ____ 月 ____ 日 午前(10:00 ~ 12:00) ・ 午後(15:00 ~ 17:30) 第二希望: ____ 月 ____ 日 午前(10:00 ~ 12:00) ・ 午後(15:00 ~ 17:30) 第三希望: ____ 月 ____ 日 午前(10:00 ~ 12:00) ・ 午後(15:00 ~ 17:30)
ご来院の目的	

初診ご予約受付のお申し込み、有難うございます。

翌診療日に、ご希望の診療時間の空きをお調べし、クリニックより『ご予約完了』のご連絡を差し上げます。

ご予約に関する事以外のご質問には、お答えできません。ご了承下さい。

ご来院の際は、ご予約のお時間の15分前までに、当クリニックにお越しください。

お持ち頂くもの

- ・ 本書
- ・ 健康保険証
- ・ 紹介状

万が一、ご来院出来なくなった場合は、必ずご連絡ください。

TEL:03-5879-7192



〒162-0822 東京都新宿区下宮比町 2-1 第一勧銀稲垣ビル別館 3F

TEL:03-5879-7192 FAX:03-5879-7193