

FAX 076-443-6206

年 月 日

診療予約連絡表

ご紹介医療機関	
住所	TEL
医療機関名	
ご紹介主治医様	
ご芳名	診療科

患者様の診療予約を円滑に行うために、お手数ですがこの診療予約表にご記入の上、ご連絡くださいますようお願い申し上げます。

この用紙は紹介状ではございません。別途紹介状のご手配をお願いいたします。

ふりがな		性 別
患者様氏名	様	男 ・ 女
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生	(歳)
住 所	〒 ー	
T E L		
ご 病 状		

診療希望日	月 日頃
-------	------

通 信 欄

医療法人社団 藤聖会 五福脳神経外科
富山サイバーナイフセンター

サイバー専用 TEL076-443-6208

TEL076-443-6200(代) FAX076-443-6206

URL.www.cyber-toyama.jp.