　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

鳥取県立厚生病院

**FAX 0858-22-8210**

**再診専用**

予約変更依頼書

※太枠内のみ記入して送信してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ID |  | かな |  |
| 氏名 |  |
| FAX | （　　　）　　－ | 生年月日 | 明・大　　昭・平・令 | 年　　　月　　　日 |
| **※予約変更のみにお使い下さい** |
| **診療科** | **担当医** | **予約日** | **時間** | **変更希望日** | **時間** |
|  |  | **／　　(　　)** | **：** | **①　　月　　日　　(　　)****②　　月　　日　　(　　)** | **：****：** |
|  |  | **／　　(　　)** | **：** | **①　　月　　日　　(　　)****②　　月　　日　　(　　)** | **：****：** |
|  |  | **／　　(　　)** | **：** | **①　　月　　日　　(　　)****②　　月　　日　　(　　)** | **：****：** |
| **連絡欄**例）○科と○科は同日希望、9：30までは受診できない、など予約確認書 |

※病院記入欄

|  |
| --- |
| **予約が確定しましたので下記の日時に受診してください。** |
| **診療科** | **担当医** | **予約日** | **時間** |
|  |  | **令和　　　年　　　月　　　日（　　）** | **：** |
|  |  | **令和　　　年　　　月　　　日（　　）** | **：** |
|  |  | **令和　　　年　　　月　　　日（　　）** | **：** |
| **連絡欄** |

お問合せ先　　〒682-0804　鳥取県倉吉市東昭和町150番地　鳥取県立厚生病院

地域連携センター　TEL0858-22-8181（代）FAX0858-22-8210