

診 療 申 込 書

年 月 日

F A X : 0 3 - 3 6 3 8 - 2 3 0 5 T E L : 0 3 - 3 6 3 8 - 2 3 0 1

住所：東京都江戸川区3-25-3

医療法人社団東京ハートサミット 東京心臓不整脈病院

貴院医療機関名	
所在地	
電話番号	
F A X 番号	
医師氏名	

※指定医がいる場合はご記入ください。 医師名：	受診希望日 <input type="radio"/> 第一希望 月 日 曜日【時間 】【 <input type="radio"/> 第二希望 月 日 曜日【時間 】【 <input type="radio"/> いつでも可能
紹介目的 ※簡単で結構ですので必ずご記入をお願いします。	

フリガナ 患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
		性 別	男 性 ・ 女 性
住所	〒 -		
電話		緊急連絡先	

- ・対応日に関して、平日 9:00 ~ 17:00
土曜 9:00 ~ 12:00 ※日曜日・祝日の受付分は翌営業日の対応となります。
- ・予約が完了しましたら、予約票を FAX いたします。(原則：当日中)
- ・予約状況により、ご希望に添えない場合がございます。その際はお電話でご連絡させていただきます。
- ・当日の緊急依頼や転院につきましては、直接お電話をお願いします。TEL 03-3638-2301 (代表)