

申し込み日： 年 月 日

代々木山下医院 FAX 予約申込書

FAX : 03-3320-3559

予約受付時間：月～土曜日 9:00～17:00

休診日：日・木・祝日

【紹介元医療機関】

医療機関名	
TEL	
FAX	
医師名	
申し込み担当者	

【患者様情報】

ふりがな			生年月日	M・T・S・H
氏名	様 男・女		年 月 日	(歳)
住所	〒			
T E L	自宅	携帯		
当院受診歴	あり ・ なし ・ 不明			
診察希望内容	シャント 月曜日午前 ・ 火曜日午前 ・ 水曜日午後 ・ 金曜日午前 ・ 土曜日午前			
予約希望日	☐ 希望曜日 曜日 ☐ いつでもよい ☐ 月 日()・ 月 日() *曜日希望以外はご希望に添えない場合があります。		都合の悪い日	
連絡事項				

*上記枠内をご記入の上、送信ください。予約日程を調整の上、予約票を返信致します。

*返信された予約票は患者様にお渡しください。



医療法人社団正覚会

代々木山下医院

〒151-0053

東京都渋谷区代々木 1-35-4

代々木クリスタルビルB1-1号

TEL : 03-3370-1599 FAX : 03-3320-3559