

二次検診申し込み票

【大腸検診用】

申し込み日 H 年 月 日

ふりがな <氏名>	<生年月日・年齢> 昭和・平成 年 月 日 (才)
<住所>	
<電話番号>	
<FAX 番号 (予約票の送信に必要となります。ない場合は“無し”とご記入下さい)>	
《予約希望日》	
第一希望	月 日
第二希望	月 日
*いつでも可能	

- ◆ 予約がいっぱいになっている場合は、調整させていただく場合がありますので、ご了承ください。
- ◆ 受診時に保険証の確認をさせていただきます。確認時間の短縮をご希望でしたら、保険証のコピーを一緒に FAX ください。

柏原病院 地域連携室

FAX 0795-72-4892

TEL 0795-72-4270