

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院

FAX (098) 898-6433

TEL (098) 898-2121

{ 1枚目に 本依頼票
2枚目に 紹介状をそえて
同時に FAX して下さい。

予約調整依頼票

以下の予約を申し込みます

依頼者) 病院名: _____ 診療科: _____

患者名: _____

1. 診療科を選んで下さい

内科

外科

2. 希望の曜日を 選んで下さい

月・火・水・木・金

月・水

曜日は希望せず、1番早く受診できる日をお願いしたい

※お急ぎの場合は、FAX とともにお電話もお願いします

※翌日まで返信がない場合は、お手数ですがお電話をお願いします