**CT・MRI検査予約券**

氏名 様

検査日

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　　　　分

紹介医療機関

☆予約時間15分前までにおこしください。

聖隷富士病院案内図

☆病院にお見えになりましたら**放射線課受付（17番）**に予約券をお出しください。



★検査時間は多少前後することが

ありますので、ご了承下さい。

〒417-0026 富士市　南町3-1

一般財団法人恵愛会　聖隷富士病院

放射線課

TEL　0545-52-0813

FAX 0545-52-0813

発行日　　月　　日

**CT・MRI検査予約券**

氏名 様

検査日

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　　　　分

紹介医療機関

☆予約時間15分前までにおこしください。

聖隷富士病院案内図

☆病院にお見えになりましたら**放射線課受付（17番）**に予約券をお出しください。



★検査時間は多少前後することが

ありますので、ご了承下さい。

〒417-0026 富士市　南町3-1

一般財団法人恵愛会　聖隷富士病院

放射線課

TEL　0545-52-0813

FAX 0545-52-0813

発行日　　月　　日