

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。

☆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

聖隷富士病院案内図



発行日 _____ 月 _____ 日

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。

☆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

聖隷富士病院案内図



発行日 _____ 月 _____ 日