

## 時間予約

御中

紹介元控

氏名	様 (ID )		
予約日時	月	日 ( )	時 分 秒
診療科	科		
担当医師			
備考			

以下、切り離して患者さまにお渡し下さい。

見

氏名	様 (ID )		
予約日時	月	日 ( )	時 分 秒
診療科	科		
担当医師			
備考			

本

\* 正面玄関から入ってすぐ左手にあります**新患受付**へ、

予約時間の**20分前**に受付においで下さい。

\* **紹介状の原本、保険証、内服中のお薬**を必ずお持ち下さい。

\* 当日、患者様の込み具合によって、多少お待たせすることがありますのであらかじめご了承下さい。

JA 高知病院 地域医療連携室

TEL : 088-863-8516

FAX : 088-863-8527