

時間予約

御中

FAX番号：

紹介元控

氏名	様 (ID :)
予約日時	年 月 日 () 予約
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	年 月 日 () 予約
診療科	科
担当医師	
備考	

本* 正面玄関から入って左手の新患受付へ、予約時間の20分前においで下さい。* 紹介状の原本、保険証、内服中のお薬、お薬手帳を必ずお持ち下さい。

* 当日、患者様の込み具合によって、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