

安城更生病院 検査予約システム (1)利用申込書

下記事項を記載後、FAX0566-77-5480 安城更生病院地域連携室まで、
ご返信をお願いいたします。

当システムを 申し込む 申し込まない

申し込み日 令和 年 月 日

1.施設基本情報

施設名	
住所	
電話	
院長名	

2.利用者情報

	利用医師名	e-mail
①		
②		
③		

3.設定訪問希望日時

設定希望日時①	月 日 時 分 から1時間程度
設定希望日時②	月 日 時 分 から1時間程度
設定希望日時③	月 日 時 分 から1時間程度

※原則として平日(月曜日から金曜日)の12時～16時30分までとなります。