

静岡県立静岡がんセンター 予約変更申込書

本申込書を地域医療連携室にFAXしてください

FAX番号 055-989-5623 (24時間受信可)

***太枠の中をご記入ください。**

- 予約日の1週間前までにお申し込みをお願いします。
- FAX受信後、地域医療連携室から確認のお電話をさし上げます。
- 夜間・土日祝日に送信いただいた分は、翌営業日に受付を行います。
- 初診・セカンドオピニオンの日程変更は、FAXでは承っておりません。紹介元の医療機関にご相談ください。

送信日： 月 日

受診者情報			
フリガナ 患者氏名	(男・女)	生年月日	西暦 年 月 日
診察券の番号			
診療科			
担当医師名			
現在の予約日	年 月 日		
がんセンターからのお薬の処方 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
変更希望について			
<input type="checkbox"/> 予約を変更			
変更希望日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日			
<input type="checkbox"/> 予約を一旦キャンセル 後日ご相談			
病院からの返信先 (電話番号)			
① <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 家族携帯 () <input type="checkbox"/> 他 ()			
② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 家族携帯 () <input type="checkbox"/> 他 ()			
③ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 家族携帯 () <input type="checkbox"/> 他 ()			