

平成 年 月 日

**【予約変更・取消し依頼票】**

**貴院⇒徳島大学病院**

送信票(本状含む) 枚

フリガナ

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 登録番号(ID) : \_\_\_\_\_

患者生年月日 : M・T・S・H 年 月 日

予約日時 : 平成 年 月 日 ( ) :

診療科 : \_\_\_\_\_ 医師 : \_\_\_\_\_

〈変更内容〉

予約日時変更

希望日時 : 平成 年 月 日 ( ) :

変更理由 : \_\_\_\_\_

予約の取消し

キャンセルの理由 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

担当者 : \_\_\_\_\_

連絡先 : (電話) \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_

徳島大学病院予約センター (患者支援センター内)

TEL : 088-633-9106 FAX : 0120-33-5979