

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