

令和 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・R 年 月 日

予約日時： 令和 _____ 年 月 日 () _____ :

診療科： _____ 医師： _____

〈変更内容〉

予約日時変更

希望日時： 令和 _____ 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