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