

電話再診申し込み用紙

送付先：神戸アイセンター病院 078-381-9910（代表）

※お掛け間違えないようご注意ください。

| | |
|----------------|---------|
| お名前（漢字） | |
| お名前（ふりがな） | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 前回受診時からの保険証の変更 | あり ・ なし |
| 日中に連絡のつく連絡先 | |
| 当院の診察券番号 | |
| 薬局の名前・支店名 | （支店名： ） |
| 薬局の電話番号 | |
| 薬局のFAX番号 | |

受付時間：24時間

対応時間：午前9時から午後5時まで

※ 病院から患者さんに電話連絡いたします。週末のFAXについては翌週のご連絡、土・日・祝日のFAXは休み明け以降のご連絡になります。

※ 予約をお持ちでない方はお申込みいただけませんのご了承ください。