

# 予約申込票

★土屋医師（頸椎専門医師）の受診希望日をご記入ください。

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

※希望日時が予約出来るとは限りません。

※土屋医師の初診外来は水曜午前でございます。

希望日①	希望日②	希望日③
月 日	月 日	月 日
※ご希望時間帯に○を付けてください		
午前枠 9:00 台 ( )	午前枠 9:00 台 ( )	午前枠 9:00 台 ( )
10:00 台 ( )	10:00 台 ( )	10:00 台 ( )
11:00 台 ( )	11:00 台 ( )	11:00 台 ( )

※こちらの用紙と問診票表・裏（計3枚）を下記番号までFAXをお願いいたします。予約日が確定しましたら、こちらからお電話いたします。

品川志匠会病院 FAX：03-5781-0828