

稲城市立病院 管理課庶務係 行 FAX 042-379-1310

FAX送付状

年 月 日

稲城市立病院
(診療科名)

先生 あて

面談を希望する方の

会社名	
部署名	
担当者名	
TEL	
FAX	

* アポイント希望の場合

〈希望日〉					
・第1希望	月	日 ()	:	~	可・不可
・第2希望	月	日 ()	:	~	可・不可
・第3希望	月	日 ()	:	~	可・不可
〈内容&所要見込時間〉					
〈医師より〉					

* その他の連絡事項 & 当院からの返信事項

--