

## FAX 送付状

年 月 日

面談を希望する方の

稲城市立病院  
(診療科名)

先生 あて

会 社 名	
部 署 名	
担 当 者 名	
T E L	
F A X	

※FAX がない場合は本状に返信用封筒を添えてご送付ください。

※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

--