

都立大塚病院 検査予約システム利用申込書

年 月 日

東京都立大塚病院長 殿

都立大塚病院検査予約システムの利用を申し込みます。

| | |
|--|---|
| ふ り が な 医 療 機 関 名 | |
| ふ り が な 医 師 名 | |
| 所 在 地 | 〒 |
| 電 話 番 号 | () — |
| F A X 番 号 | () — |
| メー ル ア ド レ ス <small>*差し支えなければご記入ください。</small> | |
| 資 料 送 付 の 方 法 (○を付けてください) | メール 紙 (郵送) 両方 |
| 質 問 ・ 意 見 ・ 要 望 | |