

※ お耳の不自由な方専用 予約申込書です。

《 FAX 用紙 》

FAX 専用

予 約 申 込 書

0276-86-9911

初診 ・ 再診 (○をつけてください)

ふりがな

FAX 送信日

氏名

年 月 日 ( )

生年月日

診察券 No.

住所

TEL

FAX

(症状)

(心配なこと)

(めがねの希望)

あり ・ なし

(希望ご予約日時) 年 月 日 曜日 【 時 分の回】

(ふじ眼科クリニックからの返信欄)

(ご予約日時) 年 月 日 曜日

時 分までに ご来院ください。

(連絡事項)