

※ お耳の不自由な方専用 予約申込書です。

《 FAX 用紙 》

FAX 専用

お薬のみ申込書

0276-86-9911

ふりがな

氏名

FAX 送信日

年 月 日 ( )

生年月日

診察券 No.

住所

TEL

FAX

- ◆ チェックボックスに☑、ご希望の受取り日時をご記入ください。
- ◆ 前回と同じ処方以外は、お受けできません。
- ◆ 万が一ご都合が悪くなったら、あらためて変更の連絡をしてください。

- 症状は安定している
- いつものお薬希望
- いつもと同じ日数希望

(希望受取り日時) 年 月 日 曜日 【 時 分頃 】

(ふじ眼科クリニックからの返信欄)

(受取り日時) 年 月 日 曜日

時 分頃 ご来院ください。

(連絡事項)