

【聴覚・言語障害者の方からの申込専用】

※当院の受診歴がない方の申込みには対応できません。あらかじめご承知おきください。

受付No. _____

送信先: 東京都立広尾病院予約センター
FAX番号: 03-3446-2183

インターネットを通じた再診予約・予約変更の利用登録申込書

以下の必要事項をご記入ください。

FAX送信日 平成 年 月 日					
診察券番号					
フリガナ		生年月日	年 月 日		
患者氏名		年齢	歳	性別	
住所	〒				
メールアドレス					

※誤送信を防ぐため、メールアドレスはわかりやすくはっきりとご記入ください。

■インターネットを通じた再診予約・予約変更の利用登録申込書

- この「インターネットを通じた再診予約・予約変更の利用登録申込書」を当院あてにFAXで送信してください。
- メールアドレスを変更したい場合は、再度「インターネットを通じた再診予約・予約変更の利用登録申込書」を当院あてにFAXで送信してください。

※身体障害者手帳の確認を求める場合がございますのであらかじめご了承ください。

■返信スケジュールについて

- ※登録及び申請用のIDやパスワードの発行には一週間(5営業日)ほどかかります。
- ※平日の朝9時までに届いたものは、その日の一週間(5営業日)後の16時までに返信します。
- ※朝9時以降に届いたもの及び土日祝日に届いたものは、翌平日の一週間(5営業日)後の16時までに返信します。
- ※上記の日時までに当院から返信がない場合は、何らかの理由で当院にFAXが届かなかったと考えられます。送信先FAX番号をご確認の上、再度、当院あてにFAX送信してください。