

# 診 療 申 込 書

年 月 日

FAX 03-3638-2205 TEL 03-3638-2301

住所：東京都江戸川区三丁目25番3号

医療法人社団東京ハートサミット 東京心臓不整脈病院

貴院医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
医師氏名	

※指定医がいる場合はご記入ください。  医師名：	受診希望日			
	<input type="radio"/> 第一希望	月	日	曜日【時間】
	<input type="radio"/> 第二希望	月	日	曜日【時間】
	<input type="radio"/> いつでも可能			
紹介目的 ※簡単で結構ですので必ずご記入お願いします。				

フリガナ 患者氏名		生年月日	年 月 日
		( 歳)	
		性 別	男 性 ・ 女 性
住 所	( - )		
電 話	- -	緊急連絡先	- -
勤 務 先			

- ・対応日に関して、平日：9：00 ～ 17：00  
土曜：9：00 ～ 12：00 ※日曜・祝日の受付分は翌営業日の対応となります。
- ・予約が完了しましたら、予約票を FAX いたします。(原則：当日中)
- ・予約状況により、ご希望に添えない場合がございます。その際にはお電話でご連絡をさせていただきます。
- ・当日の緊急依頼や転院につきましては、直接お電話をお願いします。TEL 03-3638-2301 (代表)