



診察予約票

2013年01月28日

お客様ID	0090001265	依頼医院	テスト医療機関
お名前(カナ)	テスト ヨヤク		
お名前	テスト 予約		
性別	男性	依頼医師名	てすと診療所
生年月日	1946年12月07日	予約依頼日	2012年07月27日

依頼内容

予約先医院名	独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター
診察グループ	診療部 (共済) 医科
予約枠名称	地域連携テスト
お客様ID (依頼先)	0090001265
予約日付1	平成24年8月3日
予約時間1	09:00 ~09:30
予約日付2	
予約時間2	
予約コメント	<p>ご紹介ありがとうございました。 貴院よりご紹介いただきました患者様の診療予約は、上記の通り取らせていただきましたので、患者様へのご連絡は貴院よりお願い致します。</p> <p>状況により、待ち時間が発生する場合がございます。 予めご了承下さい。</p> <p>当日は、当院の診察券・保険証・貴院からの紹介状を持って1階の紹介患者専用窓口にて受付をお願い致します。 予約日時の変更・キャンセルは紹介元医療機関様よりお願い致します。 (患者様からの受付はしておりません)</p> <p>今後ともよろしくお願い申し上げます。</p> <p>独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 地域医療連携室 TEL 052-951-1206 FAX 052-951-1207</p>