

# 検査予約申込書 (FAX 用)

FAX 番号 : 047-312-7321

予約受付は前日午後 3 時までとさせていただきます。

さくら島村トータル・ケア・クリニック

〒270-2232 千葉県松戸市和名ヶ谷 1424-22

TEL : 047-312-7600

さくら島村トータル・ケア・クリニック 行

## MRI 検査予約希望票

※下記枠内をご記入の上、FAX してください。

医療機関名

医師名

住所

電話番号

FAX 番号

(フリガナ)	
氏名	様
希望日	第一希望 年 月 日 ( ) 時頃 第二希望 年 月 日 ( ) 時頃 ※予約状況によってはご希望に沿えない場合があります
受診歴	無・有 さくら島村トータル・ケア・クリニック ID ( )

### ・患者様へ

当日は下記をご持参のうえ、予約時間よりもお早めに受付までお越しください。

MRI 予約票 (この用紙)

診療情報提供書 兼 MRI 検査依頼書 (原本)

マイナンバーカード  資格確認書

診察券 (お持ちの方)

----- さくら島村トータル・ケア・クリニック 記入欄 -----

検査予約日 月 日 時 分

上記お時間でご予約をお取りしました。

ご不明な点等ございましたら、さくら島村トータル・ケア・クリニックまでご連絡ください。