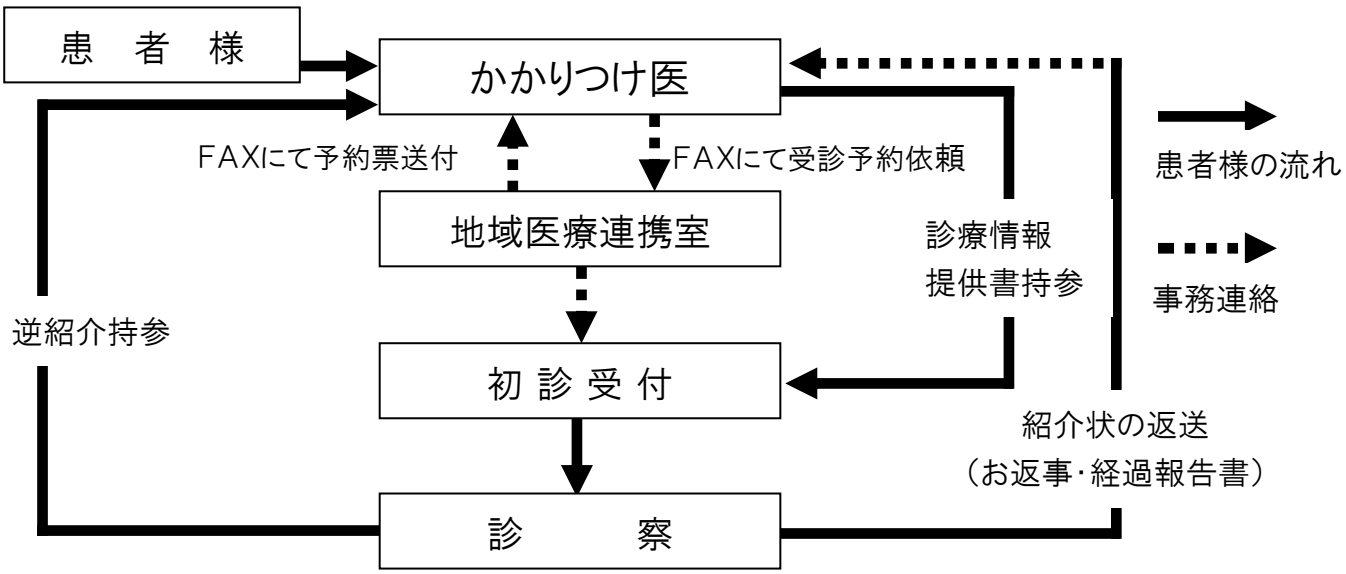
紹介患者様の予約について

◆ 所定の診療予約申込書に必要事項をご記入の上、**診療情報提供書**を添えて FAX:(0957)36-7072 までお送りください。

- 予約調整後、約 15 分以内には予約票を FAX で返信いたします。
- 先にお電話にて直接当院担当医師へ連絡を取られた場合は、備考欄に「〇〇医師へ連絡済」など、必ず明記ください。
- 診療情報提供書(紹介状)は受診当日に必ずご持参ください。
- 診療情報提供書(紹介状)は貴院の様式でご記入ください。

※当日緊急のご紹介につきましては直接担当医(代表 0957-36-0015)へご連絡ください。



愛 野 記 念 病 院　FAX：0957-36-7072（直通）
地域医療連携室　TEL：0957-36-3950（直通）

予約受付時間 ： 平日(月～金)9 時 00 分～16 時 30 分
※平日の 16 時 30 分以降については翌日、土曜・日曜・祝祭日等の受付分は休み明けの取り扱いとなりますのでご了承ください。