

予 約 申 込 書

年 月 日

フリガナ		男・女	大・昭・平・令
患者名			年 月 日生
住 所	(〒 -) TEL		
希望する 予約日	(第1希望) 月 日 午前 午後	(第2希望) 月 日 午前 午後	(第3希望) 月 日 午前 午後
予約内容	診療科	科	医大受診歴 有 ・ 無
	医師名		
	傷病名 または 症 状		
	紹介目的	診察・ 検査・ 治療・ その他 (
紹介元 医療機関名			TEL FAX
診療科	科	医師名	

※患者名のフリガナはコンピュータ登録に必要となりますので、必ずご記入ください。

和歌山県立医科大学附属病院 患者支援センター

受付時間 9:00~19:00 (月~水・金) 9:00~17:00 (木) ※祝、年末年始を除く

FAX 073-441-0805

原則 FAX のみの受付といたします。

お問い合わせ TEL 073-441-0804

- ・ 予約日時が決まり次第、予約票を送信します。所要時間は約 20 分です。
 - ・ FAX は受付時間後も承りますが、対応は翌平日となりますのでご了承ください。
- ※予約受付は、希望する予約日前日（前日が休日のときは直近の診療日）の受付時間内までとします。

セカンドオピニオンが目的の場合は、この予約では受け付けておりません。
セカンドオピニオン外来（073-441-0824）までお電話ください。