

(様式2)

送信 日時	月 日	時 分
----------	-----	-----

(紹介元医療機関 様 ← 静岡市立静岡病院)

PET/CT検査予約確認書

〔貴医療機関名〕 _____

〔貴診療科名〕 _____

〔紹介医ご芳名〕 _____

〔ご連絡先〕 TEL () FAX () _____

ご紹介いただきました患者様のご予約は、次のとおり決定いたしましたので確認書を送付いたします。

フリガナ			
患者氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	性別	男 ・ 女
検査日	令和 年 月 日 () 時 分		
備考			

Ver. 201906

※ご質問などございましたら、お電話又はFAXで下記の担当にお問い合わせください。

※この確認書は貴施設にて保管していただけますようお願い申し上げます。

静岡市立静岡病院 総合相談センター 地域連携室 TEL 054-253-7003 FAX 054-252-0358
