

健診予約日程変更依頼書

FAX番号:03-5346-7604

※番号の掛け間違いにご注意ください。

太枠内の必須項目をご記入のうえ、こちらの用紙を送信してください。4営業日以内にご連絡をいたします。
折返しの連絡は、電話・FAX対応可能ですのでご希望のご連絡先をご記入ください。

必須事項

団体名 : _____

フリガナ : _____

氏名 : _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。

※FAX返信希望の場合は必須です。

現在のご予約日時 : 年 月 日 () 受付時間 時 分

変更希望日(第3希望日までご記入ください)

第1希望: 年 月 日 () 受付時間: AM / PM

第2希望: 年 月 日 () 受付時間: AM / PM

第3希望: 年 月 日 () 受付時間: AM / PM

※AM/PMどちらかに○をしてください

備考

クリニック使用欄

変更後のご予約日時 : 年 月 日 () 受付時間 時 分