

申込日 令和 年 月 日

きむたくクリニック森ノ宮院行 (FAX 06-6766-4866) (TEL 06-4397-4199)

当院のCT予約枠は平日(月～金)の13時～15時です。

上記期間内での予約希望を記入お願いいたします。

尚、期間外でのご予約希望の場合はクリニックへ直接お問い合わせください。

貴施設名：

担当医師名 :

[illegible]

【患者様データ】

ご希望検査日	①	月	日 ()	午後	時	・	時間不問
	②	月	日 ()	午後	時	・	時間不問
	③	月	日 ()	午後	時	・	時間不問
傷病名							
紹介目的							
既往歴・手術歴							