

独立行政法人国立病院機構 佐賀病院 受診FAX受付票

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 佐賀病院

科 様

医療機関

医師名

TEL

入院希望 (有 ・ 無)

受診予定日 令和 年 月 日 時頃

フリガナ	TEL
患者氏名	男 女 様
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	