**FAX　MESSAGE**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2020.4.

下記の項目を記入し、ほしの内科・アレルギークリニックに送信してください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号　03-5426-6568

受付期間：　今月は4月25日まで

受付時間：　診療時間内の9：00～11：00、　14：00～16：00のみ

　　　　　　　　金・土は9：00～11：00のみ

個人情報を含みます。番号のお間違えに注意してください

診察券番号：　　　　　　　　　　　　　　名前：

生年月日：

連絡の取れる電話番号：

FAX番号：

必要な薬

□　いつもと同じ（上限30日分まで）　←チェックしてください

希望の薬局名：

FAX番号：

有効な保険証・医療証のコピーを添付（できなければ記入）してください