

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

個人情報を含みません。番号のお間違い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