

医療法人鳳林会 榊原白鳳病院

津市のがん検診 受付票

氏名 : _____

生年月日: _____

住所 : _____

電話番号(自宅): _____

電話番号(携帯): _____

検診希望日 : _____

備考)

.....
.....
.....
.....

===== FAX送付先 =====

医療法人 鳳林会 榊原白鳳病院 医事課 健診係

FAX: (059)-252-2301

お申込みの方は、印刷し、上記の内容を記入後、当院まで、FAX をご送信ください。