

福岡せんしんクリニック がん相談室ご予約申込書

下記内容をご記載の上、092-733-0556までFAXをお送りください。

【 お申込みの際の注意事項 】

ご相談可能時間は、月～水、金曜の午前 9:00～午後 4:00(土曜 午前 11:30まで)となっております。時間内にて第3希望までご記載ください。

【 】印は必須記載事項です。ご記載忘れのないようご注意ください。

お送りいただいたFAXを確認後、当クリニック担当者より、ご相談日時の確定をお電話にてご連絡いたします。

ご予約いただいた時間の変更をお願いする場合がございますが、ご了承ください。

お申込日:平成 年 月 日

フリガナ			
ご相談者の氏名	患者様 との続柄	ご本人・本人以外()	
ご住所	〒		
電話番号	FAX番号		
ご相談の内容 (できるだけ詳しく ご記入ください)	NKT細胞複合免疫療法について	がん治療について	免疫療法について
	その他()		
第1希望日時	年	月	日 時～
第2希望日時	年	月	日 時～
第3希望日時	年	月	日 時～

<クリニック記載欄>

受付番号				受付年月日		
相談時間	平成	年	月	日()	時	分

福岡せんしんクリニック
福岡県福岡市中央区天神5-3-11
TEL 092-400-0525 FAX 092-733-0556

診療時間【要予約】 午前 9:00～午後 5:00 (土曜 午後 12:30まで)
休診日 木曜、日曜、祝祭日、年末年始