

医療機関名： \_\_\_\_\_

\* 下記のとおり予約をしましたので日時をお確かめの上患者さんにお渡しください。

**秋田大学医学部附属病院口**  
**診療予約票 (FAX送付票)**

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様

( M ・ T ・ S ・ H ) 年 月 日 生 男 ・ 女

○受診日時

平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃の予約です。

時 分まで直接外来ホール「1番 総合受付」へこの予約票をお出し下さい。

(予約済ですので新患受付手続きの用紙記入は不要です。)

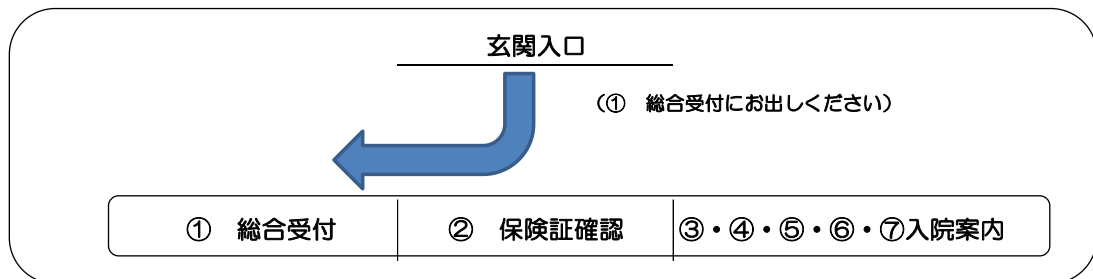
予約時間に診療が進むよう努力をしておりますが、来院状況や検査等によって予定通りにならないこともありますのでご了承ください。

お持ちいただくもの

- 診療予約票
- 健康保険証、各種受給者証
- 紹介状
- 当院診察券(ある方のみ)

受診科： \_\_\_\_\_ 科

○受付ホールの案内図



秋田大学医学部附属病院  
地域医療患者支援センター・がん相談支援センター  
TEL 018-884-6283  
FAX 018-884-6564