

FAX

| | | | |
|---------|-------|---|-----|
| 送付先: | 病院 | | |
| | 科 | | |
| | 先生 | | |
| FAX 番号: | 送付枚数: | | |
| 電話番号: | 日付: | 年 | 月 日 |
| 件名: | : | | |

この度は、IVR をご依頼頂き、誠にありがとうございます。

ご依頼頂きました IVR 「」
をお引き受けさせて頂くにあたり、一度当院放射線診断科外来の受診を患者様にご指示下さいますよう、お願い申し上げます。

なお、外来受診予約の手続きは以下の如くです。

患者さんまたはご家族が、紹介状をご用意の上、初診予約受付に電話

電話番号：03-3547-5130（平日 10:00-16:00）

放射線診断科の外来受診希望とお伝えください。

ご不明の点等がありましたら、下記にご連絡下さい。

03-3547-5201 ダイヤルイン 7447(平日 8:30-17:30)

国立がん研究センター中央病院 放射線診断科

104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

IVR 申し込み：03-3547-5201 ダイヤルイン 7447（平日 8:30-17:30）

予約センター：03-3547-5130 直通（平日 10:00-16:00）