

# 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「」  
の適応を判断するにあたり、次頁に情報をご記入頂き、ファックスにて送信下さいますようお願い申し上げます。送信頂きました情報に基づき判断の上、その後の対応につき速やかにご連絡させていただきます。

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)

# FAX 返信用紙

発信元: 病院  
科  
先生

FAX 番号: 03-3547-5989  
03-3547-5201  
電話番号: ダイヤルイン 7447 送付枚数  
件名: IVR 情報記入用紙 日付 年 月 日

電話またはメールでお返事させていただきますので、お手数ですが下記をご記入ください。

連絡先電話番号:

連絡先メールアドレス:

## 情報記入用紙

患者性別: 男性 女性 年齢: 歳

病名:

病歴、経過:

備考:

(別紙に記入される場合は本紙を表紙としてお使いください)

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)