

予約受付用紙（予診表）

お名前	フリガナ _____	生年月日	年 月 日
	保護者名（ _____ ）		（ 男 ・ 女 ）
住 所	〒 _____		
連絡先	ご自宅（ _____ ）	FAX（ _____ ）	
	<u>Mail:</u> _____		
ご職業			
ご紹介者			
<u>症 状</u>			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
*当院は、すべて 保険外診療 となっております。			

診療ご希望の日時 [① _____] [② _____]

<診療時間> 月・火・木...午前10時～12時 午後2時～4時
水・土...午前10時～12時まで 日曜、祝日は休診
*FAX 受付後、診療日時の確認のご連絡をいたします。

Traditional Chinese Medicine **鈴木漢方内科クリニック**
〒899-2702 鹿児島市福山町193-1
電話：099-278-5797 電話受付は「鈴木漢方内科クリニック」の営業時間をお願い致します。
F A X : 0 9 9 - 2 7 8 - 5 7 9 6

[予約専用☒suzuki.kanpounaika.c@gmail.com](mailto:suzuki.kanpounaika.c@gmail.com)
(メールでの相談はいたしていません)