

医療機関へ提出してください

# 仮予約票

この仮予約票は下記の市内指定医療機関で受付します

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 明石クリニック        | <input type="checkbox"/> 高木クリニック      | <input type="checkbox"/> ほづみ耳鼻咽喉科クリニック |
| <input type="checkbox"/> 宇土医院           | <input type="checkbox"/> 所内科医院        | <input type="checkbox"/> ほづみ整形外科       |
| <input type="checkbox"/> おおぐち泌尿器クリニック   | <input type="checkbox"/> なかしまこどもクリニック | <input type="checkbox"/> みずほクリニック      |
| <input type="checkbox"/> 国枝医院           | <input type="checkbox"/> 名和内科         | <input type="checkbox"/> 吉村内科          |
| <input type="checkbox"/> さくらクリニック       | <input type="checkbox"/> ひぐちクリニック     | <input type="checkbox"/> 若園医院          |
| <input type="checkbox"/> 佐竹整形外科         | <input type="checkbox"/> 広瀬内科クリニック    |  |
| <input type="checkbox"/> サンシャインM&Dクリニック | <input type="checkbox"/> 福田内科医院       |  |
- (50音順)

窓口や電話で予約受付をしている医療機関もございます  
 詳細については、同封されている「予約方法のご案内」をご覧ください

太枠内をご記入ください

提出先は医療機関へ

フリガナ	
お名前	
生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	〒 瑞穂市
電話番号	

予約に関する  
お問い合わせは

仮予約票を提出する医療機関へご連絡ください

後日、医療機関から予約日確定の連絡があります