

(様式 2)

# 受診日のお知らせ

病院 科 先生

ご紹介いただきありがとうございます。  
下記のとおり予約を承り、準備をさせていただきます。  
患者さまに、診療情報提供書とともに本紙をお渡しく下さい。

市立福知山市民病院  
地域医療連携室 担当( )

お名前	様(ID.No. )
受診科/検査:	(担当医: )
受診日時:	平成 年 月 日( ) 時 分

## 患者さまへお願い

- ◆ 受診日時の30分前までにご来院いただき、地域医療連携室窓口( 番)へ次のものをご提出ください。

受診日のお知らせ(本状)

診療情報提供書

健康保険証

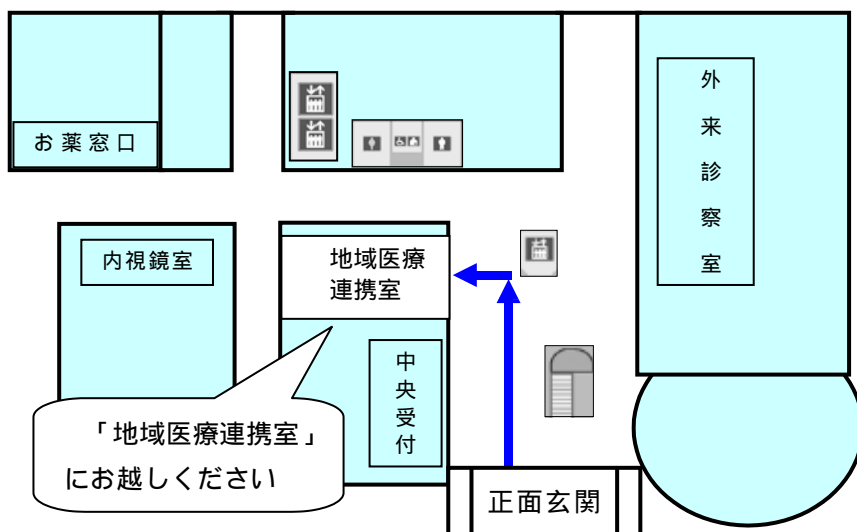
当院診察券(お持ちであれば)

- ◆ 診察の状況によって、お待ちいただく場合があります。ご了承くださいませようお願いいたします。
- ◆ 受診日等の変更を希望される場合、または緊急のご連絡は直接下記へお電話にてご連絡ください。

〒620-8505 京都府福知山市厚中町231 市立福知山市民病院 地域医療連携室

☎ 0773-22-6329

受付時間: 午前8時30分~午後5時



## 交通機関

JR 福知山駅より  
徒歩 15分

JR バス・京都交通バス  
「福知山駅」より「市民病院前」下車すぐ

KTR (北近畿タンゴ  
鉄道)「厚中間屋駅」より  
徒歩 10分

この FAX は地域医療連携を目的に送信したものです。万が一誤送信された場合には、当院地域医療連携室へご連絡していただきますようお願い申し上げます。☎ 0773-22-6329