

【聴覚障害者の（電話予約が利用できない）方からの申込専用です】
※ 電話予約が可能な方のご利用には対応することはできません。あらかじめご承知おきください。

受付No. _____

(様式1)

送信先: 東京都立多摩総合医療センター 医事課医事業務担当
FAX番号: 042-312-9156

インターネットによる診療予約の利用登録申込書

以下の必要事項をご記入ください。

FAX送信日 平成 年 月 日					
当院の受診歴	有	診察券番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日		
患者氏名		年齢	歳	性別	
住所	〒				
FAX					
インターネットでの診療予約	希望する				
メールアドレス					
「インターネットによる診療予約利用登録完了のお知らせ」の受取方法 ※右記のいずれかを○で囲んで下さい。	FAX 窓口 郵送				

※誤送信を防ぐため、メールアドレスはわかりやすくはっきりとご記入ください。

■インターネットによる診療予約の利用登録について

- この「インターネットによる診療予約の利用登録申込書」を当院あてにFAXで送信してください。
- 登録したメールアドレスを変更したい場合は、再度「インターネットによる診療予約の利用登録申込書」を当院あてにFAXで送信してください。
- ※身体障害者手帳の確認を求める場合がございますのであらかじめご了承ください。

■返信スケジュールについて

- ※登録及び申請用のIDやパスワードを発行には一週間(5営業日)ほどかかります。
- ※平日の朝9時まで届いたものは、その日の一週間(5営業日)後の17時30分までに返信します。
- ※朝9時以降に届いたもの及び土・日・祝日・年末年始に届いたものは、翌平日の一週間(5営業日)後の17時30分までに返信します。
- ※上記の日時まで当院から返信がない場合は、何らかの理由で当院にFAXが届かなかったと考えられます。
- 送信先FAX番号をご確認の上、再度、当院あてにFAX送信してください。