

ヤナセクリニック FAX用 産後訪問看護申し込み書

(黒のボールペンまたはサインペンでご記入ください)

ファックス送り先

FAX 059(228)5807

以下の要項でヤナセクリニック産後訪問看護を申し込みます。

お名前

お電話番号 ()

フリガナ

ご住所

ご住所はマンション(建物)名まで、省略せずにご記入ください。

第一回目訪問ご希望日 年 月 日(午前・午後) 時~ 時の間
ご希望日に伺えない場合の予備日 月 日(午前・午後) 時~ 時の間

第二回目訪問ご希望日 年 月 日(午前・午後) 時~ 時の間
ご希望日に伺えない場合の予備日 月 日(午前・午後) 時~ 時の間

後日、確認のお電話を差し上げます。電話連絡がない場合何らかの事情でファックスが到着していないことが考えられます。再度ファックスかお電話でご連絡ください。

4

(訪問させて頂くのに必要です。ご自宅周辺の地図をお書きください)

ファックスをお送り頂いた時点では、お申し込みは完了していません。スケジュールの調整も含め、後日ご確認のお電話を差し上げます。

ファックス送り先

FAX 059(228)5807

三重県津市乙部5-3
フェニックスメディカルセンター

ヤナセクリニック

電話059-227-5585
担当:5階ナース・ステーション