

ファクシミリ送信票

令和 年 月 日

大崎市民病院
本院診療部

発信者

会社名	
部署名	
担当者名	
TEL	
FAX	

_____科

_____先生

件名：面会希望連絡票の送信について

次のとおり面会を希望します。【原則3日前（土日祝除くまでに送信）】

<面会希望日>

①令和 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分頃

②令和 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分頃

③令和 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分頃

<面会希望者> 【社名(所)及び氏名(複数の場合は全員)】

<面会希望理由> 【用件を詳細に記載】

ファクシミリ返信票

面会希望者 様

令和 年 月 日

次のとおり返信（回答）いたします。

大崎市民病院

本院診療部_____

面会できます。

面会日時・面会時間は、次のとおりです。

- ・面会日時 令和 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分頃
- ・面会場所
- ・面会受付

面会できません。