

セカンドオピニオン外来・予約確認票

_____ 様

あなたのセカンドオピニオン外来受診日は

年 月 日() 午前・午後 時 分です。

この時間の45分前までに、

当院の総合受付（2番）までおこしてください。

独立行政法人地域医療機能推進機構

ヤマテ
東京山手メディカルセンター

〒169-0073 東京都新宿区百人町 3-22-1

（電話/代表）03-3364-0251

（地域医療連携室/直通電話）03-3364-0366

（地域医療連携室/直通FAX）03-3365-5951

