

# 仮 予 約 票

\_\_\_\_\_ 様

予定日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



入院分娩仮予約をお受けいたしました。

ご来院の際、保険証・紹介状・母子手帳 といっしょに、  
受付にご提出ください。

予定日の1カ月前までには、当院にて健診を受けていただくよう、  
よろしくお願い申し上げます。



医療法人 岩国病院  
院 長 庄 司 孝  
T E L 0827 ( 41 ) 0850  
ホームページ <http://岩国病院.jp>

## ～ 診療のご案内 ～

受付時間	月	火	水	木	金	土
午前 9:00～11:30	○	○	○	○	○	○
午後 2:00～ 4:30	○	○	○	×	○	×

※ 当院は予約制ではありません。  
受付でお名前を書かれた順番になります。  
初診時は午後 4 時までにご来院ください。

