

# 予約申し込み用紙【FAX専用】

注1) コンタクトレンズ未経験の方のご予約はfaxではご予約頂けません。(再診の場合は可能です)

注2) 視野検査、処置、注射、小手術のご予約はfaxではご予約頂けません。

## ①お名前・年齢・FAX番号をご記入ください。

再診の方は診察券に記載されているID番号もご記入ください。

お名前	年齢	FAX 番号	ID
-----	----	--------	----

## ②希望の日時をご記入ください。

時間はご希望の時間すべてに○をつけてください(複数選択可)。

水曜日・日曜日・祝日と土曜日の午後は休診です。ご予約いただけません。

■第1希望	月	日	曜日	午前	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30
				午後	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30		
■第2希望	月	日	曜日	午前	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30
				午後	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30		
■第3希望	月	日	曜日	午前	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30
				午後	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30		

## ③ご希望の診療内容をおきかせください。

上記の必要事項を記入し 06-6155-6751 までお送りください。

後ほど折り返し予約確定のFAXを送らせて頂きますので、それを持ちまして予約確定とさせていただきます。