

医院御中

医療法人 社団 医聖会  
学研都市病院

## CT・MRI 予約確認票の送付

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本日御予約いただきました検査の予約確認票を送付させていただきますので、ご確認をお願いいたします。

今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

予約日時 : 月 日 ( ) 時 分

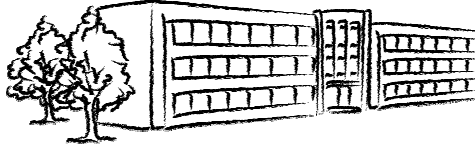
患者様氏名 : 様

生年月日 : M・T・S・H 年 月 日

検査種類 : MRI ・ CT ( )

検査部位 : 頭部・胸部・腹部・頸椎・胸椎・腰椎・膝 ( )

\* ご予約誠にありがとうございました。



----- キ リ ト リ -----

### 予約確認票 (患者様用)

予約日時 : 月 日 ( ) 時 分

氏 名 : 様

検査種類 : MR ( ) ・ CT ( )

\* 受付窓口で手続き後、放射線科にご案内いたします。

\* 保険証・問診票・診療情報提供書をお持ちください。 医療法人 社団 医聖会

学研都市病院 ☎0774-98-2123