

ファストパス申込書

診察希望日時（ 月 日 曜日 時間 : ）

<患者様情報>

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	

<送信者情報>

お名前	
施設/事業所名	
電話番号	①
携帯番号	②

【お会計について】

- 当日精算
 後日精算希望

【お薬の受け取りについて】

当院となりの第一薬局鳴神店以外での受け取りを希望される場合ご記入下さい。

()薬局 ()店

宇都宮病院 地域連携室 行

(FAX 番号 : 073-471-6399)