

福岡東医療センター紹介予約票

土曜日の事前予約の場合

紹介元医療機関にてご記入ください。

紹介元医療機関

患者氏名

様

予約診療科

科

紹介予約確認の連絡先

福岡東医療センター 代表 092-943-2331

TEL 受付時間：平日の 11:30～16:30

「事前紹介予約」とお伝えください。

電話で確認させていただくこと

- ① 患者さまのお名前と生年月日
- ② 紹介元医療機関名と予約診療科
- ③ 福岡東医療センターの診察券を
お持ちの方は診察券を準備してください

予約日時は福岡東医療センターに電話で確認後、患者さま自身でご記入ください。

予約日時 月 日 (曜日) 時

※受診当日はマイナンバーカードまたは健康保険証、紹介状、
この用紙をお持ちになり、②総合受付にお越しください。

独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター

住所：福岡県古賀市千鳥 1 丁目 1 番 1 号

電話：092-943-2331（代表）