

佐賀県医療センター好生館
初診紹介事前予約依頼書（患者さんからのご連絡用）

受診の予約をお取りしますので下記までお電話ください

【 事前紹介予約係 電話番号 】

0952-28-1495

○担当者が以下のことをお尋ねします。

紹介状 と筆記用具及び

お持ちであれば佐賀県医療センター好生館の診察券
をお手元にご準備ください。

- ① お名前
- ② 性別
- ③ 生年月日
- ④ 住所
- ⑤ 電話番号（自宅・携帯）もしくは、
連絡先電話番号（氏名、続柄）、繋がる時間帯
- ⑥ 佐賀県医療センター好生館の受診歴及び診察券の番号
- ⑦ 紹介元の医療機関名と電話番号、診療科名
- ⑧ 受診希望日

【紹介元医療機関様 記入欄】

紹介元医療機関名

住所

電話番号

FAX番号

***決定した予約日時につきましては、紹介元医療機関へ

佐賀県医療センター好生館よりご連絡いたします***