

# FAX予約票

	送信日	年	月	日
フリガナ		性別	男・女	
氏名				
住所				
TEL				
FAX				
ご希望の相談日時				
年 月 日 午前・午後 時				
受付日時	9時～12時・13時～16時（土・日・祝日・年末年始を除く） ※ご来院いただく相談日時が決まりましたらご連絡いたします			
備考欄（相談したい内容など）				

※FAXでのご相談は受付ておりませんのでご注意ください

和歌山県立医科大学附属病院 肝疾患相談支援センター

TEL:073-441-0850 FAX:073-441-0851

【受付時間：9時～12時・13時～16時（土・日・祝日・年末年始を除く）】