

# 電話診療予約申込書(紹介状お持ちの方専用)

## 予約票

お名前	様		
診療科:			
医師名:			
予約時間	月	日(	曜日)
午前・午後	時	分	

\* 予約時間30分前にご来院ください

## 外来予約センター(直通)

**042-523-3856**

受付時間: 月～金曜日(平日) 8:30～17:00



## お電話頂く際

### 1. お手元にご用意ください

- ・紹介状(封筒は開けないようお願いします)
- ・当院の診療券(お持ちの方のみ)

### 2. お電話の際ご確認ください

- ・患者さんのお名前(漢字・ふりがな)
- ・生年月日
- ・連絡が取れる電話番号

## 受付場所

### 1. 診療受付窓口

## 持ち物

- ☐ 電話診療予約申込書(本申込書)
- ☐ 紹介状(診療情報提供書)
- ☐ マイナンバーカード  
または資格確認書・医療券等
- ☐ 診療券(当院受診歴がある方)
- ☐ お薬手帳(お持ちの方)

国家公務員共済組合連合会 立川病院  
住所: 東京都立川市錦町4-2-22  
電話: 042-523-3131(代)