

予 約 内 容 変 更 届

事業所様名 _____ ご担当者様 _____

※前々日までにはFAXをお願いします。またFAXした変更届はお手元に保管して下さるようお願いいたします。

事業所様お電話番号 _____

氏 名	コース	O P	変更前の日程	種 類	変更希望日	コース	O P	そ の 他
フリガナ フシエダタロウ 例) 藤枝太郎	例) Aコース	例) ① ②	例) 4/1 例) 8:00	<input checked="" type="checkbox"/> 日程変更 <input checked="" type="checkbox"/> コース/OP 変更 <input type="checkbox"/> キャンセル	例) 5月のAM 例) PMを希望 例) 水曜か木曜	例) Bコース	例) ① ② ③	例) 胃バリウム中止 例) 胃カメラ希望 例) 婦人科追加 など
フリガナ				<input type="checkbox"/> 日程変更 <input type="checkbox"/> コース/OP 変更 <input type="checkbox"/> キャンセル				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 日程変更 <input type="checkbox"/> コース/OP 変更 <input type="checkbox"/> キャンセル				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 日程変更 <input type="checkbox"/> コース/OP 変更 <input type="checkbox"/> キャンセル				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 日程変更 <input type="checkbox"/> コース/OP 変更 <input type="checkbox"/> キャンセル				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 日程変更 <input type="checkbox"/> コース/OP 変更 <input type="checkbox"/> キャンセル				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 日程変更 <input type="checkbox"/> コース/OP 変更 <input type="checkbox"/> キャンセル				