

⑭

血液検査の日程

お名前 _____ 様

- ・検査日 年 月 日（ 曜日）
- ・時 間 午前・午後 時 分
- ・場 所
- ・費 用 無 料
- ・持ち物 問診票
- ・結 果 通知予定日 月 日頃

《お願い》

- ◎ 検査日時に不都合が生じた場合は、お手数ですが、お早めに下記連絡先まで電話連絡をお願いします。
- ◎ 結果通知が遅れている場合はお手数ですが、ご連絡ください。

TEL: _____