

FAX

地域医療連携室 行 0949-23-3981

社会保険直方病院 循環器病センター

ABI (CAVI) 検査申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性	男性	生年月日	明・大・昭・平
氏名		別	女性		年 月 日
住所	(郵便 ー) TEL ー ー				
身長	cm	体重	Kg		

希望の検査日時	令和 年 月 日 時 分
---------	--------------

※ 検査対応時間： 平日 9:00~16:30

ご紹介医療機関	医療機関名		医師名	
	連絡先	TEL ー ー	・FAX ー ー	

※ 検査申込み時間 (FAX) : 平日 9:00~16:30

一般社団法人 福岡県社会保険医療協会



社会保険 直方病院

TEL (0949) -22-1215 (代)