

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 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		性別 男性 女性	生年月日	明・大・昭・平
				年 月 日
住所	(〒 -)	TEL	-	-
身長	cm	体重	kg	

希望の検査日時	平成 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 - -	FAX - -	

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