

予 約 票

発行日 令和 7 年 4 月 2 2 日

患者番号 00009

テスト カンジャサマ 様

P. 1

予約年月日	予約時間	診療科	医 師 名	備 考
令和 7 年 4 月 2 3 日	09:00	内科	テスト 医師	

※ご来院の際は診察券、予約票をご持参ください。

※当月初めの受診の際は、保険証をご提示ください。

東京都文京区本駒込 2 - 2 8 - 1 6

医療法人 オルカ医院

電話 03-3946-0001