

年 月 日

検査予約票

様

下記の内容で予約を致しました。

予約先医療機関名	医療法人社団恵仁会セントマーガレット病院
住所	〒276-0022 八千代市上高野 450
電話番号	0474855111
予約内容	画像検査 (MRI・MRA・DEXA)
予約時間	年 月 日 時 分