

## 検 査 予 約 票

\_\_\_\_様の CT ・ MRI 検査予約日時は

月	日	時	分
---	---	---	---

 です。

予約時間の 20 分前迄にお越しください。  
来院時間に遅れそうな場合は、原病院放射線科に連絡をお願いいたします。

原病院	TEL 092-581-1631
(放射線科 内線 160 まで)	

.....

## 検 査 予 約 票

\_\_\_\_様の CT ・ MRI 検査予約日時は

月	日	時	分
---	---	---	---

 です。

予約時間の 20 分前迄にお越しください。  
来院時間に遅れそうな場合は、原病院放射線科に連絡をお願いいたします。

原病院	TEL 092-581-1631
(放射線科 内線 160 まで)	