

相談日時決定通知

平成 年 月 日

様

独立行政法人国立病院機構福島病院
セカンドオピニオン外来担当

セカンドオピニオン相談日時及び診療科のご連絡

この度は、当院セカンドオピニオン外来をご利用いただき、ありがとうございました。
早速ですが、この度お申し込みのありましたセカンドオピニオン相談の日時、診療科
について、下記のとおりとなりましたので、ご連絡致します。
当日は、直接下記の外来受付までお越し下さいますようお願い致します。

記

日 時 平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時
場 所 科外来