

徳島大学医療観光（個人用）传真预约票

FAX: 088-633-7589

TEL: 088-633-7587

希望预约时间①	年	月	日（星期五）
希望预约时间②	年	月	日（星期五）

请在想做的附加检查项目上划○。

（遗传因子检查・PET-CT・脂联素・牙科检查及清洁护理套餐）

联系方式

体检者姓名 []
出生年月日 []
性别 []
电话号码 []
传真号码 []
Email: []

在日本的身份保证人

姓名 []
电话 []
住址 []
工作单位 []
Email: []

徳島大学医療観光（個人用）FAX 预约票 回信用

FAX: 088-633-7589

TEL: 088-633-7587

:先生・女士

以下是给您预约好的日期，请确认。

年	月	日（星期五）
体检2周之前请把「医疗观光事前问诊票」填写好，传真到 FAX:088-633-7589。		

如有任何疑问，请联系徳島大学糖尿病临床・研究开发中心。

FAX: 088-633-7589 TEL: 088-633-7587