

マンモグラフィ検査予約票

氏 名 _____ 様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査項目	☐ マンモグラフィ検査
来院日時	年 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時 _____ 分から

* 予約時間の10分前にこの用紙を再診窓口に出してください。

ブラザー記念病院

名古屋市瑞穂区塩入町11-8

電話 824-2875

- ・名鉄名古屋本線「堀田」駅から徒歩3分
- ・地下鉄名城線「堀田」駅から徒歩3分(1番出口)
- ・市バス「名鉄堀田」「地下鉄堀田」停留所から徒歩3分

