当直医問い合わせ用ＦＡＸ用紙

局 番 なし「１１９」にＦＡＸしてください。

あなたの名前	
住　　所	
ＦＡＸ番号	

※　この上は事前に記入してください

《　問い合わせる当直医の診療科目に☑をつけてください　》

□ 内　科　　□ 眼　科　　□ 外　科

□ 耳 鼻 科　　□ 小 児 科　　□ 歯　科

□ 産 婦 人 科　　□ そ の 他（　　）

＊　質問があったら書いてください

消 防 署からの返 信

本日　　月　　日　　科の当直は、

の　　です。