

平成 年 月 日

様

公立甲賀病院  
地域医療連携室

### 相談日時決定通知書

セカンドオピニオン外来の相談日時が下記のとおり決定いたしましたので、お知らせいたします。

#### 記

日時：平成 年 月 日（ ）  
午前・午後 時 分より

場所：

\*相談日当日は、相談時間の 10 分前に中央受付の紹介窓口までご来院ください。窓口より係の者をご案内させていただきます。

\*かかりつけ病院の診療情報提供書（検査結果等）を必ずお持ち下さい。