



ID (***) (***)
*** ***) 様

◎ 予約日時・予約内容

平成 28年 10月 12日(水)

09:00 内科 ■ ***) 医師

【 ご注意 】

診察の内容によっては多少お時間がずれることがありますので、ご了承ください。
予約変更、キャンセル時はご連絡をお願いします。

【 入院される方 】

来院時は 入退院窓口へ 総合案内へ __科へ いらしてください

〒188-0014 東京都西東京市芝久保町2丁目4番19号
医療法人社団東光会 西東京中央総合病院
TEL:042-464-1511