

放射線受診日程連絡票（患者様持参用）

お申し込みいただきました _____ 様 の日程は次のようになります。

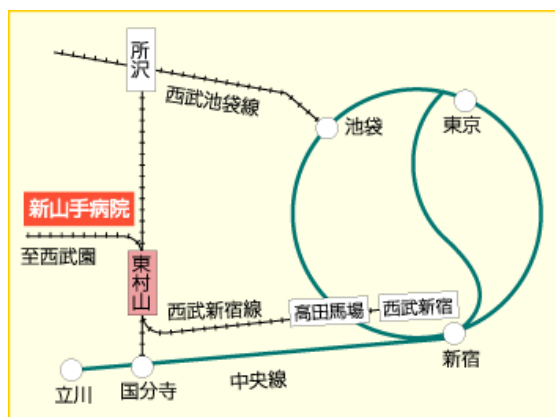
日時： _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日） 午前・午後 _____ 時 _____ 分

1 階 初診再診受付までお越しください。

持ち物

- 1 健康保険証・医療券 等
- 2 診療情報提供書
- 3 参考資料（X線フィルム、CD、写真、等）

送迎バス時刻表



新山手病院発(分)	時	東村山駅西口発(分)
	8	40 45 55
10 20 30 40 50	9	00 10 20 30 40 50
05 20 30 40 55	10	00 15 30 40 50
10 15 20 30 45	11	05 20 25 30 40 55
05 10 25 土曜最終	12	15 20 35 土曜最終
00 05 25 35 45	13	10 15 35 45 55
00 10 20 35 45	14	10 20 30 45 55
05 15 30 40 50	15	25 50
00	16	休日は運休です

◎ バス乗り場は、東村山駅西口身障者乗り場スペースとなります(白のワゴン車)。

◎ 第 2, 第 4 土曜日の最終時刻は、赤○文字の時間です。



東村山駅西口の送迎バス乗り場

〒189-0021 東京都東村山市諏訪町 3-6-1
 公益財団法人結核予防会 新山手病院
 電話 042-391-1425 (代表)

放射線治療受付
 電話 042-393-8280 (直通)
 F A X 042-393-8226 (直通)