

# 新潟ねこの病院への往診依頼FAX

■ 診察券番号(初診の場合は未記入)

No. \_\_\_\_\_

■ 飼い主様 氏名 \_\_\_\_\_

■ 猫ちゃんのお名前 \_\_\_\_\_

■ ご住所 〒 \_\_\_\_\_

■ 電話番号 ※携帯の場合はどなたのものか記入 ※昼間連絡のつく番号

携帯/自宅 (○をつけてください) \_\_\_\_\_

■ 緊急連絡先 電話番号 ※携帯の場合はどなたのものか記入 ※昼間連絡のつく番号

携帯/自宅 (○をつけてください) \_\_\_\_\_

■ 往診予定日時 \_\_\_\_\_

※交通状況等によりやむを得ずお約束のお時間から遅れる場合がございますが、  
その際はご容赦ください。なお往診車1台の駐車場所の確保をお願いいたします

■ ご依頼の内容 \_\_\_\_\_

上記の各項目をご記入いただき、当院へFAXをお願いいたします。  
また、往診予定日時の前日に往診内容について確認のお電話をさせていただきます。

新潟ねこの病院  
NIIGATA CAT CLINIC



〒950-0902  
新潟市中央区南万代町1-7 南万代テラス A-1

TEL 025-245-2828  
FAX 025-245-2223

