|  |  |
| --- | --- |
| 姓名(Name) |  |
| 身份證字號(ID/Passport No.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出生日期(Birth of date) | 年(Y) 月(M) 日(D) |
| 看診科別(Dep.) |  |
| 看診日期(Date) |  |
| 看診時段(Period) | □上午 □下午 □夜診 □不指定 |
| 看診醫師(Doctor) |  醫師 □不指定 |
| 掛號回傳電話(Fax.) |  |

馬偕紀念醫院 聽障傳真預約掛號