年　　 月 　 日

**アポイントカード**

天　使　病　院

 　　　 科

 　先生

ＦＡＸ (011)751-1708

会社名

所　属

担当者名

ＦＡＸ(　　)　　-

ＴＥＬ(　　)　　-

用件：

面談希望日時：

第一希望

第二希望

第三希望

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日

　　回答：・面談不可

　　　　・面談可能　　　　日時：　　月　　日　　時　　分

　　　　　　　　場所：

　　メッセージ：