Информационный лист о регистрации заявки

в Журнале отложенной записи на прием к врачу

(наименование учреждения здравоохранения)

(адрес учреждения здравоохранения)

(контактный телефон учреждения здравоохранения)

1. Номер заявки 1234-567-891-2345
2. Дата и время регистрации заявки ДД.ММ.ГГГГ ЧЧ:ММ
3. Специальность, фамилия, имя, отчество врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Дата рождения пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_