

# 診療申込書

年 月 日

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒 _____ ※発熱外来を受診の方はマンション名の記入もお願いします (新型コロナ陽性の時、薬の配達・配送が必要な場合の誤配防止のためです)  都・道 市・区 府・県 町・村  電話番号 ( )		
携帯電話			
生年月日	昭 平 令	年 月 日	性別 男 女
勤務先・学校名			
どこで当院を 知りましたか？	<input type="checkbox"/> 知人・ご家族からの紹介 (ご紹介者名 ) <input type="checkbox"/> インターネットを見て (HP・その他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

ご記入いただきました個人情報に関しては、治療の目的以外には使用いたしません

**※裏面のご記入もお願いいたします**

