

<b>受診申込書</b>		担当者
この「受診申込書」は個人情報の取得に関する同意書でご承諾をいただいた後にご記入ください。		
フリガナ		
お名前	様	
生年月日	年 月 日 才	
現ご住所	〒 -	
ご連絡先電話番号	ご自宅:	携帯:
ご勤務先名		
ご勤務先住所	〒 -	
ご連絡先電話番号	ご勤務先:	(内線)
☆本日の受診は、何科をご希望ですか。(または、医師名を記載いただいても結構です。)		
内科・循環器内科・呼吸器内科・消化器内科・糖尿病内科・トラベルクリニック 泌尿器科(男性更年期外来、前立腺・PSA外来含む)・漢方内科・精神科・婦人科・乳腺外科  <b>医師名</b> /		
医療法人社団 ころとからだの元氣プラザ		