

訪問診療申込書

私は、別紙書面により、なないろクリニックの診療内容とかかる費用等についての説明を受け、以下の通り申し込みます。診療費、その他の諸料金は所定の期日までにお支払致します。
(お申込みの場合は「同意する」を○で囲んでください。)

1. 訪問診療について 同意する・同意しない
2. 個人情報の開示と利用について 同意する・同意しない

令和 年 月 日

お名前 _____ 印

〒 _____

ご住所 _____

電話番号 _____

代筆の場合代筆者氏名 _____ 印

緊急連絡先 氏名 _____

続柄 _____

〒 _____

ご住所 _____

電話番号 _____

なないろクリニック

[Tel:0742-52-0716](tel:0742-52-0716)