

診察申込書

西暦 20 年 月 日

予約の有無	有 ・ 無	登録番号 _____	
フリガナ		生年 月日	明大昭平
氏名	男・女	年 月 日生	才
現住所	〒 _____ (_____ 方)		
自宅電話	— —	携帯電話	— —
保険証と一緒に受付へお出しください。 保険証のない方、お忘れになった方は受付へお申し出ください。			

文書番号 23-947 医事外

八王子消化器病院