



# 初診申込書

FAX:03-3555-5651

当院は完全予約制となっておりますので、事前予約が必要となります。

受診ご希望の方は下記に必要な事項をご記入いただき、  
ファックスにてお問い合わせください。

ご記入日 年 月 日

ご夫婦のお名前 および年齢	フリガナ	フリガナ
	( 歳 )	( 歳 )
ご住所	フリガナ	
	(〒 - )	
ご連絡先	TEL ( )	FAX ( )
連絡希望時間	<input type="checkbox"/> いつでも良い / <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ( 時頃 )	

初診希望日	第1希望	年	月	日	時頃
	第2希望	年	月	日	時頃
	第3希望	年	月	日	時頃

黒田IMRを 知ったのは ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 知人からの紹介	<input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介
	<input type="checkbox"/> インターネットから	<input type="checkbox"/> 新聞・雑誌
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

その他特記事項などございましたらご記入ください。

---



---



---

ファックス送信後は、当クリニックより初診日時調整のためお電話をさせていただきます。

折り返しのない場合は、初診申し込みが正しく行えていない可能性がございますので

申込書に記載の連絡先が正しいかご確認のうえ、お手数ですがファックスの再送をお願いいたします。

