



海上ビル診療所
03-6636-6050

年 月 日

診療申込書

太枠内の記入をお願いします

診療所使用欄：診察券お忘れ 自費

ふりがな			
氏名	(男・女)		
生年月日	大正・平成 昭和・令和	年 月 日	(歳)
住所	〒 -		
勤務先名			
電話番号 <small>※日中ご連絡が可能な 電話番号をご記入願います</small>	第1連絡先	- -	(携帯・自宅・勤務先)
	第2連絡先	- -	(携帯・自宅・勤務先)

↑
(切り取り)
↓

余白

←----- (切り取り線 ☞) -----→

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って
余白部分を切り取りのうえ、
『問診票』をお持ちください。