

訪問診療相談・申込票

・以下各欄にご記入の上、FAX送信してください。クリニック担当者から、お受入れの可否等について折り返しお電話いたします。(月～金は当日又は翌日中に、土日祝・休診日は翌平日にお電話いたします)
・ご不明部分等は記入省略可能ですが、※欄の記入は必須です。
・FAX送信の際は、個人情報の取扱いにご配慮願います。ご記入が心配な箇所は、お電話の際にお知らせいただくことも可能です。

記入日: 年 月 日

[illegible]