

ていクリニック 訪問診療 申し込みシート

フリガナ				性別	男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
ご入居者様氏名							
ご住所 (本人)	現住所	〒					
	訪問先	〒				施設名	
ご面談希望日	第1希望日	月	日(曜日)	時	分		
	第2希望日	月	日(曜日)	時	分		
ご連絡先 (家族)	ご家族様氏名				続柄		
	住所	〒				ご連絡先	(自宅) (携帯)

面談希望日を記載ください。希望日をもとに電話であらためて相談させていただきます。
本人のご住所と訪問先が異なる方は両方ともご記載ください。同じ方は「同上」または無記入でお願いします。

お手数おかけしますが、上記項目にご記入の上、下記までFAXまたは郵送でお願い致します。



ていクリニック

〒674-0068 兵庫県明石市大久保町ゆりのき通1-4-1 1F

FAX: 078-936-4155

TEL: 078-936-4145