

臨時透析申込書

下記項目に書き込みあるいは選択をお願い致します

氏名	アリカナ		
生年月日	年 月 日 (才)		
住所	〒		
連絡先	自宅電話	携帯電話	
病院名	電話		
希望日時	年 月 日	(全回)	
目的	() 仕事	() 旅行	() 帰省
透析時間	() 3 時間	() 3.5 時間	() 4 時間
当院透析歴	() あり	() なし	

- * 臨時透析をお申し込みの方は、この用紙に記入後 FAX をお願いいたします
- * 透析開始時間の 15 分前から入室可能です。受付がありますので余裕をもってお越しください
- * 軽装に着替えて透析をお受けください
- * 紹介状は 2 週間前までにクリニック宛に郵送または FAX してください

にしがも透析クリニック FAX 075-495-1144