

旅行透析申込み

FAX日

年

月

日

当院受診歴		無 ・ 有(診察券ID:)	
名前	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	()			(歳)	
現住所					
連絡先 (電話又は 携帯電話)		①	※できるだけ2箇所ご記入下さい。 ①に連絡つかない場合②へお電話します。		
②					
透析施設名		ふりがな			
電話番号:					
透析方法		透析時間	()時間	※当院ではHDのみとなります	
透析希望日		月日	曜日		
月 日		()			
月 日		()			
月 日		()			

この用紙をFAX(0120-1388-35)してください。