

診療申込書(トラベル・健診 他)

令和 年 月 日

ご予約 有・無		ご予約時間 時 分		医療明細書 要・不要	
フリガナ					男・女
氏名	様				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生		[才(ヶ月)]		
住所	〒				
電話	自宅				
	携帯				
お勤め先名					
お勤め先住所	〒				
お支払方法					
<input type="checkbox"/> 現金		領収書宛名		<input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> クレジットカード				<input type="checkbox"/> 上記、会社名 _____	
<input type="checkbox"/> 企業様請求(下記、御請求先の送付先をご記入願います)					
御請求先宛名 _____					
部署・御担当者様 _____					
電話番号 _____					