

診療申込表 (トラベル・健診 他)

平成 年 月 日

ご予約 無・有	ご予約時間 時 分	医療明細書 要・不要
ご予約番号 又は ご予約アドレス		
フリガナ 氏名	様	
生年月日	大正・昭和・平成 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		
<input type="checkbox"/> クレジットカード 領収書 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (領収書宛名 _____)		
<input type="checkbox"/> 企業様宛御請求		
御請求書宛名 _____		
部署・ご担当者様 _____		
電話番号 _____		

(ID _____)