

受付用紙

20 年 月 日

★保険証と一緒に受付に提出して下さい。

ふりがな		性別	男・女
氏名		年齢	才
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	〒 -		
電話	自宅 () - 携帯 () -		
新患教室受講の有無	有 (月 日) ・ 無		
レニア会医院を受診したことがある場合はご記入ください。 アルテミス ウィメンズ ホスピタル ID: きよせの森 コミュニティクリニック ID: ひまわり ウィメンズ クリニック ID:		備考	