

受付用紙

20 年 月 日

★保険証と一緒に受付に提出してください。

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 ( ) -			
メールアドレス	@			
新患教室受講の有無	有 ( 月 日 ) ・ 無			
レニア会医療機関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 ウイメンズ ホスピタル ID: きよせの森 コミュニティクリニック ID: あおぞら レディス クリニック ID:			備考	