


診療申込書 ID: _____

平成 年 月 日

ふりがな		性別	年齢	生年月日
氏名		男 女	歳	明・大 昭・平 年 月 日
住所				
電話番号		携帯電話		
FAX 番号		Eメール		
メルマガ配信	希望する	希望しない	Eメールによる連絡	希望する・希望しない
受診希望	消化器内科・内科・外科 (※自由診療) ピロリ菌外来※ アンチエイジングドック※ 加圧トレーニング※			
受診動機	近所だから・広告等 (新聞・電話帳・インターネット・看板 自動車・他)・知人の紹介 (様)・他 ()			

携帯メールの方は、chitose-ekikita.com からの受信許可設定をしてください

 千歳駅北クリニック