

診療申込書

FOSPOC No.

フリガナ		男・女	昭 ・ 平 ・ 令	年齢
氏名			年 月 日	才
住所	〒 -	電話番号 連絡させていただくがございますので 必ず、緊急連絡先もご記入ください。		
		(連絡先)	【本人・()】	- -
		(緊急連絡先)	【続柄: 】	- -

※診療申込書に記入された個人情報は、当クリニックにおける患者登録及び診療の業務でのみ使用いたします。

個人情報の使用について同意いただいた上でお申し込みください。

注1.交通事故や仕事・通勤途中での事故/怪我で診療を希望される場合は受付に必ずお申し出ください。

当院では、交通事故での怪我に対する治療は行っておりませんので、ご理解の程よろしくお願いたします。

藤田整形外科・スポーツクリニック

：庫県神戸市須磨区磯馴町3-2-20

WEB ・ 紙