

◎この申込書は、当院をはじめて受診される方専用です。  
◎受付の際、保険証・医療証・紹介状・フィルムを①初診受付にご提示ください。  
◎交通事故・仕事中の事故(労災)で受診される方は、別途お申し出ください。

フリガナ	スルガ ハナコ		職 業	
NAME 氏 名	姓 名 駿河 花子		大学生	
DATE OF BIRTH 生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 60 年 4 月 1 日生 ( 25 ) 歳		SEX 性別	M 男 ・ F 女
ADDRESS 現住所	〒 4 1 2 - 0 0 3 3 静岡県 御殿場 市 区 町 神山1915 TEL ( 0550 ) 87 - 1711 携帯 ( 090 ) 1111 - 1111			
被保険者	(保険証の筆頭者) 駿河 太郎		被保険者からの あなたの続柄	長女
緊急連絡先 (本人以外)	〒 4 1 2 - 0 0 3 3 お名前 駿河 太郎 続柄 父 TEL ( 0550 ) 87 - 1924 携帯 ( 090 ) 2222 - 2222			
本人勤務先	所在地 御殿場市神山1915 名称 国立駿河療養所 TEL ( 0550 ) 87 - 1711			

◎希望診療科の上部空欄に”○”印を付けてください。

○		
内	内	外科・整形外科
科	科	
水曜日	金曜日	金曜日

《職員記入欄》 ※以下は記入しないでください。

紹介状 有 ・ 無
診療科 ( )
医師名 ( )

フィルム等	確 認
-------	-----

〒412-8512  
静岡県御殿場市神山1915  
TEL 0550-87-1711  
FAX 0550-87-1921