

目付

I D

- ◎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・フィルムを受付にご提示ください。  
◎交通事故・仕事中的事故(労災)で受診される方は、別途お申し出ください。

フリガナ				職 業	
NAME 氏 名	姓 名				
DATE OF BIRTH 生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日	AGE ( ) 歳	SEX 性別	M 男 ・ F 女
ADDRESS 現住所	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ] 都 道 市 区 府 県 郡 町 TEL ( ) - 携帯 ( ) -				
被保険者	(保険証の筆頭者)		被保険者からの あなたの続柄		
緊急連絡先 (本人以外)	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ] お名前 続柄 TEL ( ) - 携帯 ( ) -				
本人勤務先	所在地 名称 TEL ( ) -				

◎希望診療科の上部空欄に”○”印を付けてください。

内 科	内 科	外科・ 整形外科
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

国立駿河療養所(2015. 11)