

臨時透析申し込み用紙

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
住所	都 道 郡 府 県 市 町			
電話番号	自宅 (— —) 携帯 (— —)			
滞在先	住所	市 町		
	電話番号	(— —)		
当院での 透析希望日	月 日 (午前・午後) 月 日 (午前・午後) 月 日 (午前・午後)			
現在の 透析状況	透析曜日 (月・水・金) (火・木・土) 透析時間 (時間) シヤント (右・左・その他)			
	施設名			
	施設住所	都 道 郡 府 県 市 町		
	電話番号	(— —)		
	ファクス番号	(— —)		
その他				

ご記入の上、**0854-84-0733** までファクスをお願いします。

また、確認のため **0854-84-0788** まで電話をお願いします。

大田姫野クリニック