

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)
	シャント	(右・左・その他)
	施設名	
	施設住所	都 道 郡 府 県 市 町
	電話番号	(— —)
	FAX番号	(— —)
その他		

ご記入の上、**0854-84-0733** までFAX、またはメールをお願いします。

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