診　療　申　込　書

受付　　年　　月　　日（　　）

ID：

<table>
<tr><td rowspan="5">受診される方</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日　　（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">住所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td colspan="3">TEL（昼間）　　TEL（夜間）</td></tr>
<tr><td colspan="3">今後病院名でお電話を差し上げてもまいませんか？　はい　/　いいえ
いいえの場合は名乗り方のご要望をお書きください
※未記入の場合病院名でご連絡を差し上げます
【　　】</td></tr>
<tr><td rowspan="5">緊急連絡先①</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日　　（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">住所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td colspan="3">TEL（昼間）　　TEL（夜間）</td></tr>
<tr><td colspan="3">今後病院名でお電話を差し上げてもまいませんか？　はい　/　いいえ
いいえの場合は名乗り方のご要望をお書きください
※未記入の場合病院名でご連絡を差し上げます
【　　】</td></tr>
<tr><td rowspan="5">緊急連絡先②</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日　　（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">住所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td colspan="3">TEL（昼間）　　TEL（夜間）</td></tr>
<tr><td colspan="3">今後病院名でお電話を差し上げてもまいませんか？　はい　/　いいえ
いいえの場合は名乗り方のご要望をお書きください
※未記入の場合病院名でご連絡を差し上げます
【　　】</td></tr>
</table>