

天童温泉矢吹クリニック 臨時透析申し込み用紙

〒994-0028 山形県天童市楯ノ町一丁目2番10号

電話：023-656-9811 FAX：023-656-9812

氏名	殿	性別 男・女
生年月日	M・S・H 年 月 日	年齢 歳
自宅住所	〒	TEL
施設名		
施設住所	〒	TEL
透析依頼日	平成 年 月 日	クール
	平成 年 月 日	クール
	平成 年 月 日	クール
備考		
当クリニック 記載欄	受信日： _____ 受信者： _____	
	返信日： _____ 返信者： _____	
	返信先： _____	

FAX 受信後、当クリニックから透析施設へ電話連絡させていただきます。



医療法人社団清永会 天童温泉矢吹クリニック
FAX 023-656-9812