

# 申込券 (Application Form)

\* 該当するものに○印をつけて下さい。(Choose the number and circle the one)

年 月 日

- 1 診察申込み Application for consultation
- 2 住所変更 Change of address
- 3 氏名変更 Change of name
- 4 カード再発行 Reissue of ID CARD

受診科	受診科



ID No

(フリガナ)			性別 Sex	旧姓	
氏名 Name			1 男 M		
			2 女 F		
生年月日 Date of Birth	1 · 2 · 3 · 4 明 · 大 · 昭 · 平	年 Year	月 Month	日 Day	歳 Age
(フリガナ)					
住所 Address (in JAPAN)	〒 [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		電話 Phone	( )	
			携帯 mobile	( )	
	都道 府県	区市 郡			

紹介状 Letter of introduction	有 · 無 I have · I don't have	今までに当院で診察を受けたことがありますか? Have you visited this hospital before?	有 · 無 Yes · NO
受診相談	受付記入欄 保険種	日本の健康保険証は持っていますか? Do you have Japanese health insurance?	有 · 無 Yes · NO

キリトリ

## 記入例

# 申込券 (Application Form)

\* 該当するものに○印をつけて下さい。(Choose the number and circle the one)

年 月 日

- 1 診察申込み Application for consultation
- 2 住所変更 Change of address
- 3 氏名変更 Change of name
- 4 カード再発行 Reissue of ID CARD

受診科	受診科



ID No

(フリガナ)	ニッセキ	タロウ	性別 Sex	旧姓	
氏名 Name	日赤 太郎		1 男 M		
			2 女 F		
生年月日 Date of Birth	1 · 2 · 3 · 4 明 · 大 · 昭 · 平	00 年 Year	0 月 Month	00 日 Day	00 歳 Age
(フリガナ)					
住所 Address (in JAPAN)	〒 150 - 8935		電話 Phone	03 (3400) 1311	
			携帯 mobile	090 (0000) XXXX	
	東京 都道 府県	渋谷 区市 郡	広尾4-1-22		

紹介状 Letter of introduction	有 · 無 I have · I don't have	今までに当院で診察を受けたことがありますか? Have you visited this hospital before?	有 · 無 Yes · NO
受診相談	受付記入欄 保険種	日本の健康保険証は持っていますか? Do you have Japanese health insurance?	有 · 無 Yes · NO