

# 連絡先用紙

平成

年

月

日

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒
連絡先	自宅 ( )
	携帯 ( )
当クリニックから書類の郵送がある場合、ご自宅にお送りしてもよろしいでしょうか？ はい ・ いいえ	

## \* パートナー

ふりがな	
氏名	