

連絡先用紙

ID 令和 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 ()

* パートナー

ふりがな	
氏名	

- * ご自宅への書類郵送は可能ですか？ 可 ・ 不可
- * 郵送時にクリニック名を記載してもよろしいですか？ 可 ・ 不可
- * 電話連絡は可能ですか？ 可 ・ 不可

※ 上記が全て不可の場合は、メールにてご連絡をさせていただきますので、必ずメール登録していただきますよう、お願い致します。

クリニック記入欄	
入力者	確認者
/	/