

診療申込書

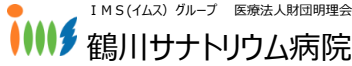
登録番号 -

年 月 日

フリガナ		生年月日	性別
氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)	男・女
住所	〒 _____		
電話番号	(自宅)	(携帯)	

当院をどのようにお知りになりましたか？ あてはまるものすべてに☑をおねがいします。

<input type="checkbox"/> 診療所・病院の紹介 【名称：】 <input type="checkbox"/> 介護施設の紹介 【名称：】 <input type="checkbox"/> ケアマネージャーの紹介 【名称：】 <input type="checkbox"/> 高齢者支援センターの紹介 <input type="checkbox"/> 町田市の認知症電話相談 <input type="checkbox"/> その他 【	<input type="checkbox"/> 家族・親戚・友人・知人から聞いて <input type="checkbox"/> インターネット(当院のホームページ)をみて <input type="checkbox"/> インターネット(当院のホームページ以外をみて <input type="checkbox"/> 新聞の折り込みチラシ・書籍をみて <input type="checkbox"/> 公開講座等(イベント)に参加して <input type="checkbox"/> 病院のバスをみて <input type="checkbox"/> 町田市役所にある電子広告板をみて <input type="checkbox"/> 行政にある窓口封筒の広告をみて 】
---	--



確認	登録