デフリンピック用検査・診断書作成予約申込表

【患者様情報】

 氏名(フリガナ): 生年月日:年月日(満歳) 性別: □男 □女 住所: 電話番号(自宅/携帯): 連絡方法(希望): □メール : □ FAX
【予約希望日時】 月曜日/金曜日の午後が検査日です
 第1希望:月日() 14 時 30 分 第2希望:月日() 14 時 30 分
※上記ご希望の方法にて決定検査日をご連絡いたします 【お問合せ事項】
【同意事項】

以下の事項に同意の上、検査・診断書作成予約を申し込みます。

- 予約日時の変更・キャンセルはできるだけ早く連絡すること。
- 無料キャンセルの際は、以降申し込みをお断りさせていただきます。

送付日: ______年 ___月 ____日

申込表送付先 目白大学耳科学研究所クリニック

Email: clinic@mejiro.ac.jp FAX:048-797-4187