

診療予約申込書

名称	
住所	
電話	
FAX	
診療科	
医師名	

被保険者	保険者番号		☐ 1.本人 ☐ 2.家族		
	記号・番号				
公費負担	負担者番号		☐ 特疾 ☐ 生保 ☐ 乳幼児		
	受給者番号		☐ 障害 ☐ その他		

※遺伝相談外来は第4水曜日となります。