

医療法人白楊会
湊の杜病院 院長殿

送迎サービス申し込み兼同意書

私は透析患者様送迎車輛利用了解事項の記載内容について、十分理解し、確認の上、これに同意しましたので、送迎サービスを申し込みいたします。

利用者様記載欄

申込年月日	年 月 日		
フリガナ		⑩	
氏 名			
住所	〒		
電話番号	【ご自宅】		
	【携帯】		
透析曜日	月 火 水 木 金 土 (午前・午後・準夜)		
緊急連絡先	氏名 (続柄)		
	TEL		
備考			

受付日 (. .)