

臨時透析申し込み用紙

ふりがな						
氏名	殿				性別	男性・女性
生年月日	M・S・H	年	月	日	年齢	歳
自宅住所	〒				TEL	
施設名称						
施設住所	〒				TEL	FAX
透析依頼日	平成	年	月	日	午前・午後	時頃希望
	平成	年	月	日	午前・午後	時頃希望
	平成	年	月	日	午前・午後	時頃希望
	平成	年	月	日	午前・午後	時頃希望
備考						
当院記載欄	受信日：		受信者：			
	返信日：		返信者：			
	返信先：					

迅速確実に処理をおこなう為、申し込み用紙送付の電話連絡をお願いします。
 FAX 受信後に、当施設から貴施設へ電話連絡させていただきます。

〒868-0036 熊本県人吉市二日町 22
 医療法人愛生会 外山内科 人工透析センター
 tel : 0966-22-2003 fax : 0966-24-7121