

見学依頼書

医療法人 計行会

高橋計行クリニック 宛

お申込日	平成 年(西暦 20 年) 月 日
(ふりがな)	
お名前	
ご連絡先	(TEL) (FAX)
生年月日	昭和・平成 年(西暦 20 年) 月 日
ご希望の診療内容 (チェックをお願いします)	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 施設透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 在宅透析 <input type="checkbox"/> その他()
見学の理由 (チェックをお願いします)	(複数回答可) <input type="checkbox"/> (透析導入前)通院を検討している <input type="checkbox"/> (透析導入済)転院先を検討している <input type="checkbox"/> 在宅透析に関心がある <input type="checkbox"/> とにかく施設を見学したい <input type="checkbox"/> その他()
見学希望日	第一希望 : 平成 年 月 日() 午前・午後 時 分 第二希望 : 平成 年 月 日() 午前・午後 時 分 第三希望 : 平成 年 月 日() 午前・午後 時 分
当クリニックを何で お知りになりましたか? (チェックをお願いします)	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 医学雑誌など <input type="checkbox"/> 泉北コミュニティ <input type="checkbox"/> 友人・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> クリニック前を通りがかって <input type="checkbox"/> 以前から知っていた <input type="checkbox"/> その他()

当院記入欄
(担当者名)