

医療法人幸武会
彦坂病院 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 (. .)