

夜尿症外来 初診予約登録票

(当クリニックに初めていらっしゃる方専用です)

お子さまのお名前／ 姓 _____ 名 _____ (男・女)
フリガナ _____ フリガナ _____

生年月日(年齢)／ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ () 歳

保護者のお名前／ 姓 _____ 名 _____ (父・母)
フリガナ _____ フリガナ _____

ご住所／ 郵便番号 (〒 _____ - _____)
_____ 都道府県 _____ 市区町

電話番号(ご自宅)／ (_____ - _____ - _____)

<勤務先等、日中にご連絡ができる所をお願い致します。携帯電話も可>

(_____ - _____ - _____)

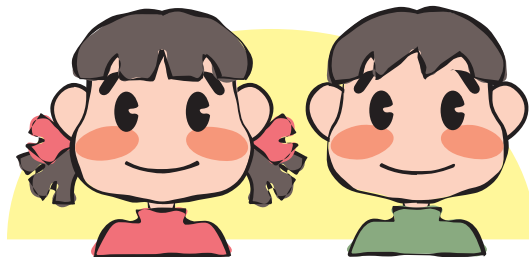
ほあしこどもクリニック

✂ キリトリ線 ✂

夜尿症外来を受診するためには、まず予約登録が必要となります。

このページ「A4サイズ縦位置」でプリントし、必要事項をご記入の上うえ、
(印刷が出来ない場合は同じように紙に書いていただいて結構です)

キリトリ線で切り取って、上の部分(予約登録票)だけ、
定型最大(長3)の返信用封筒に92円切手を貼ったものと一緒にお送りください。
送付の方法はホームページをご参照ください。



◆夜尿症・神経・精神専門外来◆子育て相談・こころの相談

ほあしこどもクリニック

〒156-0051 東京都世田谷区宮坂 3-9-4 アルカディア経堂
TEL:03-6413-9293 FAX:03-6413-9294
<http://www.hoashi-clinic.com>