

受診申込書

令和 年 月 日 金沢古府記念病院

フリガナ			
氏名		性別	男・女
		生年月日	明・大 昭・平 令
		年	月
		日	才)
住所	〒		
※住所は番地まで正確にご記載ください			
電話	自宅 ()	—	携帯 —
緊急連絡先	()	—	(続柄)
勤務先	名称	住所	〒
			—
今までに薬などでアレルギーがあった方は記入してください。 電話番号 ()			
お仕事中のケガですか？			
はい→労災保険を使用しますか？(はい・いいえ)			
いいえ			