

# 診療申込書

直近の体温 \_\_\_\_\_ °C

↓どちらかに○をお付けください

★ジェネリック医薬品のご希望ですか？ 希望する 希望しない

ふりがな		男 ・ 女
ご氏名		
生年月日	( T ・ S ・ H ) 年 月 日 ( ) 歳	
ご住所	〒 -	
☎電話番号	携帯番号 ( ) -	

本日 PCR 検査をした方は SMS(ショートメール)にて結果お送り致します