

# Clinica E.T. EAST FAX 送信票

FAX 番号 03-6280-4428

送信日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

ご病名 \_\_\_\_\_

これまでの経緯

現在の状況