

書類郵送申込書

診察券番号	
氏名	
電話番号	
書類送付先	〒

● 希望する書類に☑して下さい

<input type="checkbox"/> 検査結果再発行		検査日: ____月____日
<input type="checkbox"/> 検査結果	振込金額 1,100 円 (税込)	検査項目(何の検査か): _____
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (紹介状)	振込金額 6,600 円 (税込)	
	未返却の結果もあれば同封します 既にお渡し済検査結果はそちらをご持参下さい	
	宛先: 必要・不要 (どちらかに○ 必要の場合は病院名を記入下さい)	
	病院名:	

● 料金をお振り込み下さい (振込手数料はご負担下さいますようお願い致します)

振込先	三井住友銀行 <small>アザブ</small> 麻布支店 (店番 270) 普通 1229858 <small>シャカイフクシハウジン オンシザイダン ボ シアイクカイ アイク</small> 社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会 愛育クリニック
-----	---

振込日	____月____日
振込金額	_____円
振込人名	<u>患者名の後に診察券番号を入れて下さい</u> 例 アイイクハナコ999999

● 申込書を郵送または F A X でお送り下さい (メールでのお申込みはお受けできません)

郵送先	〒106-8580 東京都港区南麻布 5 丁目 6 番 8 号 愛育クリニック 医事課
F A X 送付先	03-3473-8326