診察申し込み書

患者番号								申し込み月日　　年　　月　　日

フリガナ

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男・女　年齢（　　歳）

生年月日　大正・昭和・平成・西暦　＿＿年＿＿月＿＿日

ご住所　〒＿＿＿－＿＿＿＿

＿＿＿県＿＿＿市・郡＿＿＿＿＿＿＿＿

（コーポ・マンション名）＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（　　）　　－＿＿＿＿＿＿

携帯番号　（　　）　　－＿＿＿＿＿＿

職 場 名 ＿＿＿＿＿＿　電話番号（　　）　　－＿＿＿＿

※倉敷医療生活協同組合に加入されていますか？

□加入している　□加入してない　（「おかやまコープ」とは異なります）

↓

《医療生協に加入するには別添の申込書にご記入の上、**出資金**を添えて窓口までお申し込みください。》詳しくは**加入申込書**をご覧ください。

※ご来院のきっかけを教えてください。

□病院・診療所のご紹介→　（　　）**病院・診療所・クリニック**

□ご家族の紹介→（　　）　□知人・組合員→（　　）

□看板　□タウンページ　□インターネット　□ホームページ

□広報紙　□スタッフの評判を聞いて　□その他（　　）

医療生協コープくらしき診療所