

受付票

恐れ入りますがご記入をお願いいたします

(ふりがな) 氏名		男 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 才
郵便番号		
住所		
電話番号		
何でお知りになりましたか	インターネット 紹介されて 通り道 その他 ()	
薬のアレルギー 無・有 ()	妊娠の可能性 無・有 ()	

ご記入ありがとうございました。

受付職員へ声をかけてください。(以下はクリニックで記入いたします)

ID番号		受付日	年 月 日
------	--	-----	-------

みその皮膚科医院

みその皮膚科医院

Misono Dermatology Clinic

名古屋市中区錦一丁目 10-12 ハットリビル3F

地下鉄「伏見駅」10番 スターバックス側出口
から徒歩2分 ハットリカメラ3F

TEL : 052-232-2214

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前 09:00~13:00	○	○	○	○	○	／
午後 15:00~19:00	○	○	○	○	○	／

*休診日/毎週 土曜日・日曜日・祝日

*当クリニックは予約制ではありません。

<http://www.misonohifu.com/>

