

# 京都ならびがおか病院

年 月 日

かな 氏名		年齢	男・女	生年月日	
住所 (〒 — )			電話番号:		
			携帯電話番号:		

●連絡先①(ご本人の場合は同上とご記入ください)

かな 氏名		続柄	
住所 (〒 — )		繋がりやすい電話番号	

●連絡先②

かな 氏名		続柄	
住所 (〒 — )		繋がりやすい電話番号	

■ 当院外来をどこでお知りになりましたか？

・ちらし( )	・看板( )	・ホームページ( )
・病院からの紹介( )	・知人の紹介( )	・その他( )

ご協力ありがとうございました。  
京都ならびがおか病院