送信先 ： FAX　078-241-8427
宛　先 ： 腎友会クリニック　旅行透析受付担当　宛

★★　旅行透析申込用紙　★★

このたびは当クリニックをご利用いただきまして、ありがとうございます。
旅行透析申込みにあたり、下記の項目に御回答お願い致します。

（フリガナ）				
旅行者氏名		生年月日	（昭和・平成・令和・西暦）　年　月　日	
電話番号※1				
来院日	年　月　日	来院時間	午前 ・ 午後　時頃	
通院施設名		電話番号		
		FAX番号		
透析療法	ＨＤ ・ ＨＤＦ	透析時間	時間	
当院への来院歴	あり（　年　月頃） ・ なし			
病衣貸出（無料）	必要（サイズ： Ｌ ・ Ｍ ） ・ 不要			
タオルの貸出（無料）	必要 ・ 不要			
その他				

※ 1:必ず連絡がつく電話番号をご記入ください。

受付致しましたら、旅行透析受付担当から確認のＦＡＸをさせていただきますので、
よろしくお願い致します。
当日持参いただくものは、保険証、前回透析記録、普段透析を受けられている服装（パジャマ）、
タオル２枚となっております。

以上