

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・西暦) 年 月 日
電話番号※1		FAX 番号	
来院日	平成 年 月 日	来院時間	午前・午後 時頃
通院施設名		電話番号	
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		
食事(1食 250円)	必要・不要		
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ご連絡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