年　　月　　日

旅行透析予約申込書

①お名前・性別	性別(　男　/　女　)
②ご住所・携帯番号	携帯番号(　　-　　-　　)
③透析希望日・時間（AM/PM)	年　　月　　日 時間（　AM　/　PM　）
④メールアドレス	
⑤現在通院中の医療機関名	
⑥通院中医療機関電話番号	
⑦来院(臨時透析)の目的	旅行　出張　　その他(　　)
⑧昼食を希望するか(透析希望がAMの場合)	希望する　・　希望しない

前田内科クリニック
〒892-0817
鹿児島市小川町3-4
TEL:099-225-5600
FAX:099-226-6512