

# 面 談 申 込 書

送付先：〒135-0024 東京都江東区清澄 3-10-16-102  
 医療法人社団オリーブ 清澄ケアクリニック宛  
 TEL:03-3642-6474 FAX:03-6458-5188

次のとおり面談を申し込みます。

令和      年      月      日

申 込 者	会 社 名										
	所 属 ・ 役 職										
	氏 名										
	連 絡 先	住 所	〒								
		電 話	固定：	/携帯：							
面 談 希 望 日	①	令和	年	月	日	時	分	～	時	分	
	②	令和	年	月	日	時	分	～	時	分	
	③	令和	年	月	日	時	分	～	時	分	
申 込 先	診 療 科										
	医 師 名										
対 象 患 者	ふ り が な 氏 名										
	住 所										
	生 年 月 日	昭和・平成・令和		年	月	日					
	対 象 期 間	年	月	日	～	年	月	日			
	同意書の有無	有	・	無	※当日提出なき場合は面談に応じかねます。						
質問内容をあらかじめ ご記入ください。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>									
面談料支払方法  ※面談料 5,500円 (20分毎)		1 面談当日に現金支払い 2 後日指定口座に振込み 請求書宛名：_____									

※本申込書受領後、医師と調整の上、日時を事務担当よりお電話にてご連絡いたします。  
 (面談に応じられない場合もお電話にてお知らせします。)