

面 談 申 込 書

送付先：〒135-0024 東京都江東区清澄 2-11-7
 医療法人社団オリーブ 事務局 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 | ク リ ニ ッ ク 名 | ① 清澄ケアクリニック ② 清澄ケアクリニック墨田 | | |
| | 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。 | | ・ ・ ・ ・ ・ | | |
| 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。)