

受付票

※禁煙外来をご希望の方は、受付にお申し出ください。

記入日 年 月 日

氏名	フリガナ	男・女	生年月日
			昭和・平成 年 月 日
住所	〒	電話番号	
		携帯番号	

医療機関 記入欄	患者番号	保険者番号	本人・家族	記号	番号	有効期限	資格取得日