

- 時間内
 夜間診
 時間外、休日、深夜

初診申込書

(事故・労災の方は係員にお申出ください)

E確認印

- *患者様ご本人の、おなまえ、ご住所などを記入してください
- *法律で定められた手続きに必要なことですので正確にご記入ください
- *緊急に連絡が必要な場合がありますので、お勤め先などもご記入ください

1	ふりがな	
	おなまえ	

2	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	3	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
					年 月 日 (歳)

4	ご自宅の	〒	—	都道府県	群市区市
	ご住所				
	電話番号	電話番号	—	—	

5	希望科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科
		<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他()

6	その他	<input type="checkbox"/> 労災(仕事中のけが) <input type="checkbox"/> 事故(交通事故
		<input type="checkbox"/> 労災(通勤中の受けた被害) <input type="checkbox"/> その他()

7	実家・会社	〒	—	都道府県	群市区市
	緊急連絡先				
	電話番号	—	—	会社名	

8	生協加入	東京保険生協に <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入 (消費者生協や大学生協とは異なります)
---	------	---

【重要】ご記入いただいた個人情報は、東京保健生活協同組合が、責任を持って守秘致します。尚、東京保健生活協同組合から健康・暮らしに役立つお知らせや健康診断のお勧めなどご連絡をさせていただく事があります。ご了承ください。

組合に未加入の方へ

あなたも医療生協の組合員になって、健康づくりをはじめませんか

くわしくはお近くの係員までお問い合わせください