

ご連絡先・請求書送付先・支払い方法について

患者氏名	様
------	---

* 連絡先は必ず2箇所ご記入ください。

* 電話番号は、**連絡のつきやすい番号**をご記入ください。

連絡先①	氏 名		続柄	
	住 所	〒		
	携帯電話	— —	固定電話	— —
連絡先②	氏 名		続柄	
	住 所	〒		
	携帯電話	— —	固定電話	— —

メールアドレスは当院からのお知らせや案内または、電話が繋がらない場合に利用します。

メールアドレス	お名前
	メールアドレス @

請求書送付先	☐ 連絡先①の方に送付 ☐ 連絡先②の方に送付 ☐ 患者様ご本人に手渡し			
	それ以外の方は、以下にご記入ください。			
	氏 名		続柄	
	住 所	〒		
	携帯電話	— —	固定電話	— —

お支払い方法 (変更は可能です)	☐ 病院受付でお支払い 現金またはクレジットカード(JCB、VISA、Mastercard) 平日9:00~16:00まで
	☐ 銀行振込 振込先は請求書に記載しています。振込手数料はご負担ください。

退院時のお支払いについて	概算のお知らせ	必要	不要
--------------	---------	----	----