

令和3年度

初診申込み受付シート

受診手続きのため、受付シートに記入の上、返信して下さい。

受診希望者氏名	フリガナ		男・女
	漢字		
生年月日（和暦で）		年 月 日生	
年 齢		歳	
保護者氏名 受診される方がお子さんの場合には ご両親、または保護者の氏名をご記 入ください。		続柄（ ）	
		続柄（ ）	
日中連絡可能な電話番号		（自宅・携帯）	
		続柄（ ）	
		（自宅・携帯）	
		続柄（ ）	
自宅	郵便番号	〒	
	住所		

返信先 : 針生ヶ丘病院 発達心理課 新患受付係
メールアドレス: seiikushien.shinkan@k-washinkai.or.jp

☆メールでの郵送ができない場合には、受付シートをダウンロードして記入の上郵送してください。
(宛先)

〒963-0201

福島県郡山市大槻町字天正坦11番地

針生ヶ丘病院 発達心理課 新患受付係

返信の締切日 : 令和3年7月1日(木) 17時まで

☆6月26日(土)の「電話による初診申し込み」と「メールによる受付シートの返送」の双方の手続きが終わると、初診の申し込みが完了したことになります。メールの返信が締切日までにされない場合にはキャンセル扱いとなりますのでお気をつけください。