REGISTRATION FORM　診察券申込書

Name（氏名）　　　　　　　　　　　　　 　 　　 　Male（男）　・　Female（女）　Age(年齢)：

Nationality（国籍）

Date of Birth（生年月日） Y（年）　　　　　M（月）　　　　　D（日）

ZIP□□□-□□□□



□

**Which color do you prefer for your registration card?**

Address（住所）：

□

TEL(Home) （自宅）：　　　　―　　　　　―

TEL(Mobile) （携帯）：　　　　―　　　　　―

Insurance category

□Japanese public medical Insurance（国保）

□Employee’s Insurance（社保）

□Private Insurance（自費）

□No Insurance（なし/自費）

For Staff Only（以下ｽﾀｯﾌ記載）

□Resigtration No.(患者様番号)