

通院送迎申込書

申し込み日

年 月 日

お名前	ふりがな	男 ・ 女	生協加入	済み・まだ
ご住所	電話番号		
		携帯番号		
本人以外の連絡先		電話番号		
利用される理由	① 交通が不便で通院困難 ② からだの状態が悪く、通院が困難 ③ その他（			
院所	<input type="radio"/> 大分健生病院 <input type="radio"/> けんせい歯科クリニック <input type="radio"/> 両方			
主治医	歯科のみのご利用の場合 医師 は、空白で結構です。	※職員が代筆の場合、記入 者名と職場名 (必須)		
利用形態	※外科の処置(消毒)や点滴の場合、当面の来院予定をご記入下さい。 <input type="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> () 日に1回 <input type="radio"/> その他 (診察予約日時	
			月 日 () 時 分	
同 伴 者	有 ・ 無	車いす使用	有 ・ 無	
要望や気をつけてほしいこと 例) 車椅子に乗ったままで送迎してほしいなど。				
出資金の積み立て増資について ：毎月1回など、ご来院時に受付へ出資金をお預け下さい。				
<input type="radio"/> 毎月 () 円します <input type="radio"/> すでに積み立て増資をしている <input type="radio"/> できない このサービスは皆様の出資金で運営されています。経済的に困難な方は結構ですが、可能な方は500円、1000円でも結構です。ぜひ、ご協力下さい。				