

ご連絡先一覧及び請求書・領収書送付先

この連絡先は、ご利用の急変、事故、災害時等の連絡先となるため、可能な限り三箇所ご記載ください。

※ ご連絡させていただく順番にご記載ください。

※ 変更となった場合、タムス市川リハビリテーション病院 訪問リハビリテーションまでご連絡ください。

(西暦) 年 月 日 現在

【利用者本人】

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日(西暦)
氏名		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日
電話番号 ①	②		
【請求書の送付先】			
<input type="checkbox"/> 利用者本人へ送付希望			
<input type="checkbox"/> 家族等に送付希望 (第一～第二のいずれかにレ点をいれてください。)			

【第一連絡先】(請求書・領収書等の送付先)

フリガナ		続柄
氏名		
住所 〒	—	
電話番号 ①	②	

【第二連絡先】(請求書・領収書等の送付先)

フリガナ		続柄
氏名		
住所 〒	—	
電話番号 ①	②	

【第三連絡先】

フリガナ		続柄
氏名		
住所 〒	—	
電話番号 ①	②	

【急変時に希望される医療機関をご記入ください】

名称：	担当医：	電話番号
-----	------	------