

# 診療申込書

ふりがな		男・女
氏名		
生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日 (満 歳)	
住所	〒 -	
電話番号	( ) -	
携帯番号	- -	



医療法人 きずな会  
★TABATA KIDS  
CLINIC  
たばたキッズクリニック