

受付票

恐れ入りますがご記入をお願いいたします

(ふりがな) 氏名					男 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	才
郵便番号					
住所					
電話番号					
何でお知りになりましたか	インターネット	紹介されて	通リ道	その他 ()	
薬のアレルギー	無	有 ()	妊娠の可能性	無	有 ()

ご記入ありがとうございました。

受付職員へ声をかけてください。(以下はクリニックで記入いたします)

ID番号		受付日	年	月	日
------	--	-----	---	---	---

久場川皮膚科クリニック

久場川皮膚科クリニック

Kubagawa Dermatology Clinic

沖縄県那覇市首里久場川町2-96-18

メディカルプラザ首里4階

(首里りうぼう隣・スーパーかねひで駐車場内)

TEL: 098-885-4101

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前 10:00~13:00	●	●	/	/	●	●
午後 14:00~18:00	●	●	/	/	●	●

◆休診日/水曜日・木曜日・日曜日・祝日

※当クリニックは予約制ではありません。



ゆいレール首里駅から徒歩 5 分

[ホームページ]

<http://www.kubahifu.com/>

[モバイルサイト]

<http://www.kubahifu.com/m/>

モバイルサイト配信中

右のQRコードを対応する携帯電話で読み取ると簡単にアクセスできます。

