

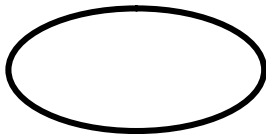
流山おもちゃ病院診療申込書

受付日：20__年__月__日

流山おもちゃ病院「お願い」をご理解のうえ太線の枠内を記入してください

☆お名前：_____様 ☆住所：_____
☆連絡先（電話・ファクス・携帯・メール）：_____
☆おもちゃの名前：_____
☆部品代の限度額：_____円程度 ☆ 付属品：□なし、□あり(_____)
☆流山おもちゃ病院のご利用は： □初めて、 □以前利用したことがある
☆今日の開催会場をお知りになったのは： 広報・HP・ポスター・チラシ・メール・口コミ・その他(_____)

八	ひ	南	平	駒	赤	十	江	野	向	思	ク	県	森	南	初	東	流	お	森	
木	ま	流	和	木	城	太	戸	々	小	井	リ	民	図	流	石	部	文	お	s	
幼	幼	幼	幼	児	児	児	児	児	児	児	ン	プ	書	福	公	公	化	森	c	

受付番号：  (____/____) 受付者： _____

☆どうしましたか？（動かない、破損、光らない、鳴らない、部品欠落、一部機能不良、その他）

☆メーカー名： T. B. S. I. P. E. O

診療記録

☆ 診療月日：_____月_____日 ~ _____月_____日 ドクター：_____
☆ 診察結果（動かない、破損、光らない、鳴らない、部品欠落、一部機能不良、その他）

☆ 治療内容：_____

☆ 治療結果：（完了、継続中、治療不能、その他_____）
☆ 診療科：総合科,外科 P,外科 M,外科 W,内科,循環器科,脳神経科,耳鼻咽喉科,形成外科,皮膚科
☆ 使用した部品・材料など・その他： _____

入院 →入院の場合は引取り希望日時と会場（場所）をドクターと調整
☆ お引取り予定日：_____月_____日_____時 会場：_____

お引き取り

☆ お引取り者（お客様サイン）：_____様 ☆引渡者： _____

☆ お引取り日： _____月_____日 ☆部品代： _____円