

年 月 日

「白内障日帰り手術説明会」 見学参加申込書

「白内障日帰り手術説明会」見学を希望します

住所 _____

電話番号 () _____

ふりがな
氏名 _____

ご本人以外に同席される方 _____ 人

当院の受診歴 有 ・ 無

(いずれかを○で囲んでください)

※ 受診歴「有」の方は、おわかりになれば診察券番号をご記入ください。

診察券番号 _____

柿田眼科