

訪問診療に関わる書類送付先

住所	〒 ー
氏名	ふりがな
連絡先	電話 ー ー

* 訪問診療に関わる書類の送付に使用させていただきます。

(請求書・領収書・同意書・書類の控え等)

お支払い先口座

①年金振込口座

②その他銀行口座からの振込

上記①または②のいずれかを○でお囲みください。口座振替依頼書を送付させていただきます。

三大寺リハビリクリニック

077-545-5255

訪問診療に関わる書類送付先

住所	〒 ー
氏名	ふりがな
連絡先	電話 ー ー

* 訪問診療に関わる書類の送付に使用させていただきます。

(請求書・領収書・同意書・書類の控え等)

三大寺リハビリクリニック

077-545-5255

お支払い先口座

①年金振込口座

②その他銀行口座からの振込

上記①または②のいずれかを○でお囲みください。口座振替依頼書を送付させていただきます。

三大寺リハビリクリニック

077-545-5255