

紹介システムご利用の方は、下記に記載して、クリニック宛にFAXをお願いします。  
手術料金のお支払い前までに、「紹介システムフォーム」をFAXしていただき、クリニック側からFAXを受け取った旨の連絡がとれない場合は、謝礼をお支払いすることはできません。

FAX 番号 044-931-0801

## レーシック手術 紹介フォーム

\_\_\_\_\_ 様から \_\_\_\_\_ 様をご紹介します。

※以下、すでに手術を受けた方（謝礼を受ける方）の情報を記載してください。

お名前：\_\_\_\_\_

ご住所：\_\_\_\_\_

連絡可能な電話番号：\_\_\_\_\_

連絡可能なE-mailアドレス：\_\_\_\_\_

お振込先金融機関：\_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店

預金口座 （ 普通 ・ 当座 ）

口座番号 \_\_\_\_\_

口座名義人カナ \_\_\_\_\_

※患者さまの個人情報、お寄せいただきました内容は、個人情報保護により厳重に取り扱います。

あんどろ眼科 向ヶ丘遊園クリニック

クリニック使用欄 \_\_\_\_\_