

同意書 兼 検査申込書

医療法人社団 惟心会 光トポグラフィー検査室 御中

私は別紙（様式1）「光トポグラフィー検査を用いたうつ状態の鑑別診断補助を希望される方へ」の各条項を十分理解し同意の上、検査を申込みます。

同意年月日 西暦 年 月 日

本人署名 _____ 生年月日 _____

住所 〒 _____

携帯電話番号 _____ (_____)

【予約整理番号の受取り方法】

必ずいずれかを選択して丸をつけて下さい。

- ・ 送信元のFAX番号に返信
- ・ 郵送で返信（精算時に郵送料82円をいただきます）

郵送先住所： 同上 ・ 上記以外 (〒 _____)

クリニック使用欄 (_____)
