

※裏面に続く

P.P.P HOM COM INS. OTHERS 一般 自宅 会社 海旅 その他

ご予約の時間が少々遅れ、大変ご迷惑をおかけすることもございますが、出来るだけ早く対応するようにいたしますので、ご了承下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

Please be patient with us, we may be delayed in attending to you while we help others. We will see you as soon as we can.

ご記入はローマ字・ブロック体でお願い致します Please print in English				Da	Date /				
ご本人に関する事項 Perso	onal Details								
姓 Mr./Mrs Surname Miss/Master			名 First]	Name					
漢字									
生年月日 日 Date of Birth	月 年	年齢 Age	性別 Sex	男/3 M /	女 F □既婚 Married	□未婚 S	Single		
英国の住所/滞在先 Address in UK									
					Post Code				
電話 🖸	電話 G 携帯 Mobile:				E-mail:		" '		
Please circle what you think is convenient for I agree / disagree to receive email 私は、予約のリマインダーやその他治療	s or SMS/text	s for appoin	tment reminder an			ません)。			
英国のご滞在の目的 Purpose of Being in UK	①駐在 Business	②留学 Study	③旅行(出 Travel/Visi	脹) t	④その他 Others				
勤務先(学校名) Telephone Number Employer (Shool)									
来英日			離英予定		<u></u>				
Date of Arrival お子様が18歳以下のご両親のみる	▽記 λ たむ陌!	ハ劲しまさ	Date of D						
あす像が18歳以下のご画親のみる あなたの配偶者又は保護者		い致します。 Guardian's		years of	u				
姓 Surname	I dionit /	<u> </u>	名 First 1	Name					
漢字									
生年月日 Date of Birth			続柄 Relati	ionship					
職業/勤務先 Occupation / Employer									
ご家族構成 (Family Name)									
名前 Name		生年月日 Date of Birth			続柄 Relationship				
1		/	/						
2		/	/						
3		/	/						
4		/	/						
緊急時の連絡者 Person to co	ontact in Eme	ergency							
Mr/Mrs 姓 Miss Surname		名 First Name				続柄 Relationship			
住所 Address						- -			
					Post Code				
ି			E-mail		322 22 40		<u> </u>		
当センターをどのようにお知りになりましたか? Recommended By									
①知人の紹介 ②旅行会社 ③保険会社 ④旅行ガイドブック ⑤当センターの広告 ⑥その他						!			
Friend Travel Agent	t Insuran	ce Guide	Travel Guide l	Book	Advertisment	Others			

Please note that we will not pass on your contact details to third parties . 患者様の許可なく個人情報を第三者に提供することはありません。



会社請求をご希望なさる方はご記入をお願いします。If your company will pay for your treatment.										
請求書送付先 Address	s of Invoice	•								
名前 Name										
会社名 Company Name										
住所 Address										
<u>a</u>	E-mail			Post Code		<u> </u>				
旅行保険・医療保険をご利	用の方はご記入をお願いいたし	ます。If your co	ompany will pay for y	our treatment.						
旅行保険・医療保険の詳細	Insurance Information									
保険会社名 Insurnce Company										
保険証券番号			保険の種類							
Policy No			Type of Insurance							
被保険者 Insured			保険者 Policy Holder							
- Trisured - 保険期間		至	i oney moluci						\dashv	
Period of Insurance	⊨ From	± To	/ /							
保険限度額			傷害							
Insured Limit	Sickness		Accident							
保険の特記事項 (既往近 Special Conditions/Exclusion	E等で保険対象から外されるもの ons	等)								
	誓	約書G	uarantee							
私の保険の適応がなされなか In the event of non-payme	旅行傷害保険/医療保険のキャッシュ った場合は、貴センターにご迷惑をお ent of any invoices or the rejection of	がけすることな	く、その治療費の全額又	は残額をお支払い	いすること	とをお終	り東致し			
personally direct with LIC Do										
署名	姓名		日付	,						
Signature	Name		Date	/						
家庭医に関するご質問	Your UK GP Information									
英国で家庭医(国営医療・ Are you registered with a G	私立)に登録されていますか? ₽?		はい/いいえ Yes / No							
登録されている家庭医の信	È所と名前 Registered (GP's Name and	Address							
名前	<u> </u>								\neg	
Doctor's Name										
住所 Address					, .					
ব	E-mail			Post Code						
同意書 Consent										
PD总自 Collsent										
	ントゲン写真、その他を行い、又治療 ある程度の危険があることも承知致し									
承諾します。						- C.J.	- 54			
I hereby authorise the Dentis order to make a thorough me may be indicated and consen embodies certain risks and I	son / my daughter / chargest to take such X-rays radiographs of dical diagnosis. I also authrise the D t to the Dentist chooseing and employensent to their use. I accept that the in mine and I due payable at the time	entist to perform bying such assist responsibility f	n or use any and all form tance as he deems it. I to or payment for Dental	ms of treatment, n understand that th Services provided	nedication e use of l in this	on and anaest Surger	therap hetic a y for m	y that gents nyself	t s f	
署名	卅夕									
者名 Signature	姓名 Name		日付 Date	/	/					
Signature	iname		Date	/	/				- 1	