**英文診断書申請書**

申込日　西暦　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  お名前 | 男・女 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生  歳 |
| お名前のローマ字表記（パスポートのヘボン式・ローマ字表記） | | |
| ご住所　〒　　　－ | | |
| ご住所のローマ字表記（※書類に必要な場合） | | |
| 自宅  電話番号　（　　　　）　　　－ | | 携帯  番号　（　　　　）　　　－ |
| 既往歴、手術歴、治療中の病気、治療開始日　（※ない場合は『なし』と記載してください。）  アレルギー疾患、食物アレルギー、薬剤アレルギーについても詳細に記載をお願いします。 | | |
| 治療中の病気の内服薬、点鼻薬、点眼薬、吸入薬など（※ない場合は『なし』と記載してください。）  多い場合はお薬手帳の複写を添付してください。当院で処方した薬剤の記載は不要です。 | | |
| 渡航先・留学先（学校名）・期間（証明できる複写を添付してください） | | |
| 備　考 | | |

**〒204-0021　東京都清瀬市元町1-8-19　アーク清瀬３階**

**はたの耳鼻咽喉科**

**小野　貴之**