

セカンドオピニオン申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額20,000円(税込22,000円)を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン受診を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 印

飼主様の氏名	様
患者様(愛犬・愛猫)	名 前: (オス・メス) 生年月日: 年 月 日(歳) 種 類:
ご住所	〒
連絡先	TEL: FAX: メール:
疾患名	#1. #2. #3.
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。スペースが足りない場合は別紙でも結構です。)	
診療料金振込先	金融機関名: 熊本銀行 支店名: 人吉支店 口座種類: 普通 口座番号: 3076835 口座名義: ユ)ユーケーアニマルメディカル 但し、セカンドオピニオンは上記案件につき一回限りとし、上記案件以外の問題から生じる事案については別途料金をお願いする場合がございます。

〒868-0015 熊本県人吉市下城本町1423

UKアニマルメディカル エンジェル動物病院

TEL: 0966-32-9157