エンジェル動物病院　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。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　印

飼主様の氏名	殿 (男・女)
患者様のこと	名　　前：　　(♂・♀) 生年月日：　　年　　月　　日 (　　歳) 犬　　種：
ご住所	〒
飼主様の連絡先	ＴＥＬ： ＦＡＸ： Ｅメール：
疾患名	＃１、 ＃２、 ＃３、
ご相談の具体的な内容 (ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
センカンドオピニン 診療料金振込先	肥後銀行（ヒゴギンコウ）　人吉駅前支店（ヒトヨシエキマエシテン）　（普）1643946　名義　宮本賢治（ミヤモトケンジ） 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あります。

〒868-0086　熊本県人吉市下原田町 1433-1
エンジェル動物病院　　院長　宮本　賢治
TEL：0966-32-9157 FAX：0966-32-9158