

P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）について
申込書兼同意書 記入方法

P-SMG 外来(無痛性グルコース測定外来)の説明書・会員規約をご熟読いただき、
あなた様が、機器のご使用をご希望される場合は、
【例】にならって、**太枠の中**をご記入下さい。**同意署名欄に、ご捺印**を
お願いいたします。ご記入頂いた**問診票**と合わせて、当院窓口へご提出下さい。

【例】

ここでは、あなた様の情報をご記入頂きます。説明書・会員規約の内容をご熟読いただき、会員制度・
外来内容に同意頂いた上、御申込み頂く場合は、以下の太枠欄にご記入をお願い致します。

フリガナ	<u>ヤマダ タロウ</u>	会員カルテNo.	V●●●●●●
氏名	<u>山田 太郎</u> 様	ご職業	<u>会社員</u>
生年月日	明・大 <u>昭</u> 平 23年 6月 20日生 (65 歳)		<u>男</u> ・女
御住所	〒102 -0083 <u>東京</u>	<u>都</u> 道府県	<u>千代田</u> 市 <u>区</u> 町村
番地・建物名・号数	<u>麹町3-8-7 麹町 UIM マンション 807号</u>		
電話番号	<u>00-0000-0000</u>		
FAX 番号	<u>00-0000-0000</u>		
携帯番号	<u>000-0000-0000</u>		
メールアドレス	<u>XXXX @ OOOOOO.□□</u>		

同意者 署名欄

私は『P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）』説明書・会員規約を熟読し、
使用機器や使用手順についても十分理解した上で、測定機器の使用を
開始することに同意します。

同意者（記名捺印 又は 署名）：山田 太郎

同意日：2014 年 3 月 31 日

1~2 枚目に捺
印して下さい



〒102-0082 東京都千代田区一番町 5-3-9 アトラスビル 1 階

HDCアトラスクリニック 院長 鈴木 吉彦

P-SMG（無痛性グルコース測定）外来専用ダイヤル ☎ 03-6261-4773

[1 ページ目] P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）：No.

作成日： 年 月 日 第1版

HDCアトラスクリニック（医療機関用）

P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）受診の皆様へ

P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）受診申込書兼同意書

ここでは、あなた様の情報をご記入頂きます。説明書・会員規約の内容をご熟読いただき、会員制度・外来内容に同意頂いた上、御申込み頂く場合は、以下の太枠欄にご記入をお願い致します。

フリガナ 氏名	_____様	会員カルテNo.	_____
		ご職業	_____
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）		男・女
御住所	〒 _____ 都・道・府・県		市・区・町・村
番地・建物名・号数	_____		
電話番号	_____		
FAX 番号	_____		
携帯番号	_____		
メールアドレス	_____@_____		

同意者 署名欄

私は『P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）』説明書・会員規約を熟読し、使用機器や使用手順についても十分理解した上で、測定機器の使用を開始することに同意します。

同意者（記名捺印 又は 署名）： _____

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1~2 枚目に捺印して下さい



〒102-0082 東京都千代田区一番町 5-3-9 アトラスビル 1 階

HDCアトラスクリニック 院長 鈴木 吉彦

P-SMG（無痛性グルコース測定）外来専用ダイヤル ☎ 03-6261-4773

[2 ページ目]

P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）：No.

作成日： 年 月 日 第1版

HDCアトラスクリニック（ご本人様用）

P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）受診の皆様へ

P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）受診申込書兼同意書

ここでは、あなた様の情報をご記入頂きます。説明書・会員規約の内容をご熟読いただき、会員制度・外来内容に同意頂いた上、御申込み頂く場合は、以下の太枠欄にご記入をお願い致します。

フリガナ 氏名	_____様	会員カルテNo.	_____
		ご職業	_____
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）		男・女
御住所	〒 _____ 都・道・府・県		市・区・町・村
番地・建物名・号数	_____		
電話番号	_____		
FAX 番号	_____		
携帯番号	_____		
メールアドレス	_____@_____		

同意者 署名欄

私は『P-SMG 外来（無痛性グルコース測定外来）』説明書・会員規約を熟読し、使用機器や使用手順についても十分理解した上で、測定機器の使用を開始することに同意します。

同意者（記名捺印 又は 署名）： _____

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1~2 枚目に捺印して下さい



〒102-0082 東京都千代田区一番町 5-3-9 アトラスビル 1 階

HDCアトラスクリニック 院長 鈴木 吉彦

P-SMG（無痛性グルコース測定）外来専用ダイヤル ☎ 03-6261-4773