

予約

* 必須入力項目

患者登録番号		
* 氏名	名前	苗字
* 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
* 生年月日		
* メールアドレス		
* 携帯電話		
* 緊急連絡先		
* パスポート番号		
* パスポートの有効期間満了日		
* 国籍		
* 言語	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Русский язык <input type="checkbox"/> 中國語 <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> МОНГОЛ ХЭЛ <input type="checkbox"/> Others	
韓国到着日		
滞留期間		
住所（韓国）		
住所（実際の居住地）		
* 国際保険	<input type="checkbox"/> あり _____ <input type="checkbox"/> なし	
* 韓国健康保険	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
症状 & 必要な医療サービス		

その他の意見	
--------	--

オンラインからお問い合わせできない場合は文書をダウンロードし、メールにてお願いします。確認後、出来る限り速やかにご連絡させていただきます。

年 月 日

患者 _____

こちらにサインして下さい _____

