預り書

おもちゃ病院 野田　ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ：http://toyhospitalnoda.web.fc2.com/

受付番号

申込日：　　年　　月　　日

お名前：　　様

おもちゃの名前：

付属品：

おもちゃ病院 野田

受付者：

連絡先：

聖華こど	岩木幼	総合福祉	谷吉子ど	関宿中央	野田公民	梅郷公民	

聖華こど	岩木幼	総合福祉	谷吉子ど	関宿中央	野田公民	梅郷公民	

診療申込書

受付番号

受付日：　　年　　月　　日

（　／　）

受付者：

枠内を記入して下さい(故障の症状は出来るだけ詳しくお願いします)

お名前：　　様　　住所：

連絡先：(固定電話、携帯電話、その他)：

おもちゃの名前：　　付属品：有り、なし　(　　)

部品代の限度額：　　円程度　(必要な場合は、修理前に再確認をします)

故障の症状：(破損、鳴らない、光らない、動かない、電源が入らない、その他)

★お引取り月日：　　月　　日

部品代：　　円

お引取り者　：　　様

引渡者：

診療記録

診療年月日：　　月　　日から　　月　　日　　ドクター：

診察結果：(破損、部品欠落、一部機能不良、その他)

治療内容：

治療結果：(完了、治療不能、その他)

治療不能の内容：

その他の内容　：