

○ ○

○受理 8:30 - 11:00

日期:	年	月	日				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
()							
()		-			-		
手机号 ()		-			-		
()							
()		-			-		
()							
代 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		代 ()				
其它 ()	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 其它		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI核磁共振成像 ()				
()	<input type="checkbox"/> 无						
()	98	.	()	:	()		
	99		()		7	()	
	9:		()		8	()	
	9		()		9	()	
	9		()	:	()		
	9	.	()		()		
	9		()		()		
	9		()		()		
	:7		()		()		
	:8		()		()		
	:9	·件	()		()		
	::		()		9	()	
	:		()		:	()	
	:	.	()		()		
	:		()		()		
	:		()		()		
	:		()		()		
	:		()		◆	()	

15

) ((((
	(((1((



1.

2. ?

3.

4. ?

5. 您是否在日本居住?

2 4 5

No

1 30

1 30

()
()

()