

患者用申请书

姓名			
地址	〒		
電話番号		FAX号码	
Email		护照号码	

性别	男 女	身高	
体重		出生年月日	

病历

病名	治疗期间	医院名	备考

具体治疗要求

注意事项

本公司负责向顾客介绍日本高端医疗机构, 而非直接实行医疗行为。

本公司向顾客收取NLN平台顾问费、翻译费用、专车费用、预约费等费用。

在日高端医疗费用, 由顾客直接向医院支付。为了降低医院的治疗风险, 我们代收保证金(保证金金额因病不同)。