



Clinic Registration Form for New Patient

初診患者登録用紙

Last Name

姓

First Name

名

Name in Katakana

フリガナ

Postal Code

郵便番号 〒

Home Address

住所

Phone Number

電話番号

Nationality

国籍

Date of Birth (YYYY/MM/DD)

生年月日

Age

年齢

Gender

性別

Male

男性

Female

女性

Please check the group you belong to and provide details.

ご自身の該当するグループを選び、詳細をご記入ください。

Employee

職員

Research Unit

研究ユニット

Administration

事務

Student

学生

Student Number

学生番号

Family

家族

Name of family member who has an OIST ID

OIST ID をお持ちのご家族の名前

Relationship

続柄

Guest

ゲスト

Inviter

招聘した方

Contact Number

連絡先

Vendor

業者

Company Name

会社名

Temp Staff

派遣職員

Unit/Section

勤務部署

Except employee and student, please provide your e-mail address below.

職員および学生以外の方は、E-mail アドレスをご記入ください。

@