

FAX 訪問歯科診療申込書 (患者様・ご家族様)

- ①本申込書を病院管理課へFAXにてお送りください
- ②FAX到着後、当院担当医から折り返しお電話にてご連絡いたします。
ご連絡まで、2, 3日を要する場合がございます。

Fax : 047-361-2710

年 月 日

フリガナ		性 別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
住 所	〒		
電話番号	自宅 () 携帯 ()		
フリガナ		患者との関係	
申込者名		本人・家族 (関係 :)	
希望診療	☐ 歯科治療 ☐ 摂食指導 ☐ 嚥下内視鏡検査		

地域医療連携統括センター
直通電話 : 047-360-9520

病院管理課
FAX : 047-361-2710