⇑　訪問診療 FAX 申込書　⇑

FAX：０４５（４４３）５５８４

お申込み理由

□　お口の中に痛みがある

□　入れ歯を診てほしい

□　口腔ケア希望　　□　検診希望

□　その他（　　）

患者様　お名前	
患者様　ご住所	横浜市　（　　）区　（　　）付近
訪問初回を相談するご連絡先	お電話：　　（　　） （　ご本人　・　ご家族　・　ケアマネ　・　その他　）
CM　事業所名	
CM 様　お名前	
CM 様ご連絡先	

FAX 確認後、担当者よりお電話を差し上げます。
金・日・祝日は翌日にご連絡を致します。

原宿わたなべ歯科診療所　横浜市戸塚区原宿３−８−６　二八五番館１階
TEL：０４５−４４３−５５１９　　FAX：０４５−４４３−５５８４