

FAX(24時間):072-876-8522

< 清水歯科医院 訪問歯科診療申し込みシート >

お申し込み 種類	無料歯科検診 ・ 治療					
フリガナ						
患者様氏名						
ご住所	〒 —					
電話番号						
お口の状態	入れ歯が合わない ・ 歯が痛い その他()					
ご都合の 良い時間帯 ※○を付けて下さい		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	午前					
午後						
担当ケア マネージャー様	事業所名 () ご氏名 (様) TEL: / FAX:					
備考欄						

お手数ではございますが、分かる範囲で結構ですので、
上記項目にご記入のうえ、下記番号までFAXにてご送信お願いいたします。

医療法人志清会 清水歯科医院

〒575-0002 大阪府四条畷市岡山2-1-70

FAX(24時間):**072-876-8522**

(この用紙のままお送りください)

フリーダイヤルTEL 0120-37-8801

