FAX（24時間）：06－6426－2024

医療法人社団　山口歯科医院
訪問歯科診療申し込みシート

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（　　）
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。

医療法人社団　山口歯科医院

〒661-0012　兵庫県尼崎市南塚口町２－３９－３１

FAX（24時間）：**06-6426-2024**

（この用紙のままお送りください）

フリーダイヤルTEL　０１２０－１６－８０２０