

訪問歯科診療 申込書

FAX受信後、連携室スタッフより折り返しのお電話を差し上げます。
お電話にて患者様の情報等詳細をお聞きし、順次対応させていただきます。
平日9時～16時の間に連絡のとれるお電話番号をご記入ください。

申込日：令和 年 月 日（必須）

連絡者氏名（必須）	ふりがな	
患者氏名（任意）	ふりがな	介護認定（任意） 有 ・ 無
患者と連絡者との 関係（必須）	<input type="checkbox"/> 家族（続柄：患者の ） <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー 事業所名（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
連絡者（折り返し先） の電話番号（必須）	— —	
折り返しのお電話に ついて(曜日・時間等)	* ご都合の良い時間帯や、ご不在にする予定等がございましたら、 (参考までに) ご記入いただくと助かります	

お申込みFAX番号：0467-62-0982

お申込みが混雑している場合は、折返しまでにお時間をいただく場合がございます。ご理解をお願いいたします。また稀にFAXの受信エラー等も考えられますので、お急ぎの場合はお電話にてお申込み・お問合せください。

お申込み・お問合せ 電話番号（平日9時～16時）

在宅歯科医療地域連携室：0467-62-0983