



FAX在宅歯科診療申込書

(枠内を記入後に下記番号までFAXして下さい)

24時間受付FAX番号:047-402-3319

お申込み日	平成 年 月 日
フリガナ 患者様氏名	性別 男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 年齢__歳
住所	〒_____ 千葉県 区・市
電話番号	
申込者名	連絡先_____
歯科治療依頼内容	入れ歯のトラブル・虫歯・歯が揺れる・はぐきの出血・口臭
治療中の病気	
服用しているお薬	
治療に対する 希望や質問など	
ご紹介者様	連絡先_____



山本歯科医院

〒274-0065 船橋市高根台7-13-22

TEL:047-463-3318 FAX:047-402-3319

<http://yamamoto-tooth.com>

電話でのお申し込みも承っております(9:30~20:00)

電話受付番号:047-463-3318