

○ 番号の間違いには十分にご注意ください ○

# 訪問歯科診療 お申し込み書

必要事項をご記入の上、FAX 送信にてお申し込みください

## ■ 受診者情報

お申し込み日 年 月 日

お名前	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日生
				<input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 昭和			
ご住所	フリガナ								
	〒      -								
お電話	【ご自宅】      -      -				【携帯】      -      -				
メールアドレス	<input type="checkbox"/> PC      @ <input type="checkbox"/> 携帯								

※お持ちの方のみで結構です。

■ **お申し込み者情報**（受診者と同一の場合は必要ありません）

お名前	フリガナ	お電話	-	-	受診者 との関係
-----	------	-----	---	---	-------------

■ 症状や、ご希望などがございましたらご自由にお書きください。

※ご希望に添えない場合もございますので予めご了承ください。

※ご希望に添えない場合もございますので予めご了承ください。

## 個人情報の 取り扱いについて

お預かりしました上記個人情報、当院のお問い合わせに対する対応のために使用し、お申し込み者の承諾なしに、第三者（当院と契約を締結した業務委託先を除く）に提供することはありません。

お問い合わせ  
ご予約は



# 東林間齒科

ひがしりんかんしか  
HIGASHI RINKAN DENTAL CLINIC

入れ歯、摂食嚥下、高齢者専門の先生が診療をいたします。

お電話

**042-746-4886**

專用攜帶

**080-3595-2929**