



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:03-5366-0366

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	〒_____ 東京都 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	
使用しているお薬	
治療に対する 希望や質問など	
ご紹介者様	連絡先_____

新宿御苑前歯科

〒161-0004東京都新宿区四谷4-30-14服部ビル1階

TEL:03-5366-0346 FAX:03-5366-0366

URL:<http://shika.in>

電話でのお申込みも承っております(9:30~20:00)

電話受付番号:03-5366-0346