



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:0267-68-0665

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	〒_____ 長野県 _____ 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
現在治療中の病気	
現在服用中のお薬	
治療に対する 希望や質問など	
ご紹介者様	連絡先_____



あべ歯科医院

〒385-0022長野県佐久市岩村田636-6

TEL:0268-68-1400 FAX:0267-68-0665

<http://saku-abeshika.com/>

電話でのお申込みも承っております(9:30~18:00)

電話受付番号:0267-68-1400