

# 訪問歯科診療・口腔ケア申込票

## 訪問歯科診療を希望します

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

記入者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

ご住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

担当ケアマネージャー様 \_\_\_\_\_

歯科による訪問診療の受診を希望します。  
第三者（ご家族、担当ケアマネージャー様等）訪問歯科診療に  
関する診療内容の情報を提供することを認めます。

**グリーンデンタルクリニック**

**TEL : 045-813-4618**

**FAX : 045-813-3002**