

○ 番号の間違ひ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

お申し込み日 年 月 日

■ 受診者情報

フリガナ お名前	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生
フリガナ 〒	ご住所			
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)

フリガナ お名前	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。

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は、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



東林間歯科

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 (外来)
042-705-2865 (訪問)