

歯 科 健 診 申 込 書

下記にの□に ☒ をつけて、担当者へお渡しいただくか、
0120-779-413 へFAXしてください。

歯 科 健 診 を・・・

☐ 希望する

☐ 希望しない

(ふりがな)

受診者の
お名前

男 女

ご住所

お電話

—

健診希望日

月

日

()

健診を希望する・しないに関わらず、
お口の事で先生に聞いてみたい事などありましたらお書きください。

例) 以前入れ歯を使用していましたが、体調を壊して以来ずっと使っていないのですが・・・。



※ ご不明な点は、担当者までお問い合わせ下さい

事業所名

ご担当者名

歯科健診協力医院 : 津谷歯科医院