

川上矯正歯科医院行 FAX 番号 (087-826-0529)

平成 年 月 日

紹介医療機関名 : _____

歯科医師名 : _____

電話番号 : _____ FAX 番号 : _____

紹介状

ふりがな		
患者氏名	様	男 女
生年月日 昭和 平成 年 月 日生 (歳)		
住所 〒		
自宅電話番号	FAX 番号	
上記以外の電話番号 (勤務先・携帯等)		
メールアドレス		@
依頼内容		
<ol style="list-style-type: none">矯正治療について相談したい矯正治療のための検査を受けたい。その他		
受診希望日		
第一希望 : 月 日 (時頃)		
第二希望 : 月 日 (時頃)		
木・日・祭日休診、受付時間 : 午前 10 時～12 時 午後 2 時 30 分～5 時		
※予約状況により、ご希望にお応えできない場合がございます。		

本票を FAX にて送信して下さい。受信日時が決まりましたら直接患者さまにご連絡申し上げます。ご希望の連絡先に✓を入れて下さい。

▼連絡先 郵送 自宅電話 勤務先電話 携帯電話 FAX メール

FAX は 24 時間受診可能ですが、時間外・休診日にお送りいただいた場合は、お返事は翌診療日の午前 10 時以降になります。