

◆ご記入日 令和 年 月 日

◆ご記入者 様

## 無料歯科健診申込書

貴院の無料歯科検診を申し込みます。

■施設名			
■ご利用者様氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日：M・T・S 年 月 日 ( ) 歳		病棟 入院・入所日 ( 年 月 日)
■ご家族様 (※健診結果送付先)	<small>フリガナ</small> お名前		ご本人様との 続柄
	ご住所	〒 -	
	ご連絡先	ご自宅	
携帯他			
■感染症の有・無	有 ( ) ・ 無し		
■義歯使用状況	上顎： あり ・ なし      下顎： あり ・ なし		
■備考			

※ご家族様のご住所及び連絡先は当院からの「歯科健診表」の送付、健診に関するご説明等の対応に利用させていただきますのでご記入くださいますようお願い申し上げます。



オーキッド

JOYデンタルクリニック

FAX 045-345-0722

TEL 080-4468-0717