FAX送信先：０４６３-７３-７７７８　（たいよう歯科受付）

**歯科健康診査申込書**

お申込書送付後、歯科健診の日程をたいよう歯科よりご連絡させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 | 様 |
| ご訪問先 | ご自宅　・　施設  （施設名/お部屋番号等： 　　　　　　　　　） |
| ご連絡先 |  |
| ご連絡先  （ご家族様情報） | お名前  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　続柄 （　　　　　　　　　） |
| ご住所　〒　　　　- |
| 電話番号 |
| 健診票等送付先 | * お申込者ご本人様宛　　　□ご家族様宛 * ご本人様宛及びご家族様宛への送付希望 |
| ご要望  ご質問など | ※歯科健診時（初回訪問）より治療（口腔ケア）の開始を  ご希望の方は、『治療希望』とご記入願います。 |

たいよう歯科

連絡先：０４６３－７３－７７７８