

無料訪問歯科健診 申込書

FAX:0120-985-966

必要事項をご記入の上、上記FAX番号までお送りください。

【申込日】 年 月 日 No.

ふりがな			
申込者名	様		
受診される方 とのご関係	<input type="checkbox"/> 家族()	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> その他()
電話番号	— —	FAX番号	— —

ふりがな			男・女
受診希望者名	様		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 満 歳		
ご住所	〒 横浜市鶴見区		
電話番号	— —		
主介護者	お名前	電話番号	— —

* あてはまる項目に✓を入れてください。

介護認定: 要介護3 要介護4 要介護5

(※内科等の定期的な訪問診療を受けている場合: 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2)

* 訪問健診希望日時を教えてください。(希望日に○印をつけてください。)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

ご自宅の駐車スペース: 有 無 近隣駐車場: 有 無

【通信欄】

ご不明な点は☎070-4039-2626までお問合せ下さい。

つるみ区歯科医療連携相談室