

宛 先:大阪府歯科医師会学術地域保健課
FAX:06-6774-0488

障がい者歯科治療相談受付票(FAX用)

※①～⑪にご記入ください

① 送信日時	年 月 日／午前・午後 時		
② 連絡方法	お電話・FAX・その他 ()		
③ FAX	() -		
④ 電話	() -		
ふりがな ⑤ 相談者氏名		⑥ 受診希望者と関係	・本人 ・家族 配偶者・親・子ども・兄弟姉妹 その他 () ・その他 ()
ふりがな ⑦ 受診希望者氏名			
⑧ 生年月日 (年齢)	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 (歳)		
⑨ 診断名			
⑩ お持ちの手帳・等級			
⑪ お困りのこと			