

ご紹介送信フォーム

Fax : 072-246-4183 TEL : 072-246-4182

おおた歯科・口腔外科クリニック 宛

下記ご記入の上、Faxにて送信をお願いいたします。

貴院名		貴院 TEL
		貴院 FAX
貴院住所		
ご担当医様		
ふりがな 患者様氏名		男性・女性
患者様生年月日（西暦）		
患者様電話番号		

ご依頼内容について

ご記入頂いた内容は厳密に管理いたします。

ご紹介状送信前に以下の項目を患者様にお伝えください。

<受診時注意事項>

- 初回のご予約は当院より患者様へ直接お電話させていただきます。
- 来院時は保険証をお持ちの上、ご来院ください。



おおた歯科+口腔外科クリニック

OHTA DENTAL CLINIC