診察・予約　申込書

申込日　　年　　月　　日		
患者様氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 	男　・　女
生 年 月 日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	
電　　話	（　　）　　―	
ご　住　所	〒　　― ｱﾊﾟｰﾄ・ﾏﾝｼｮﾝの方は部屋番号までご記入下さい。	
診　断　名		
紹介元医療機関名 （担当医名） 連　絡　先	TEL（　　）　　― FAX（　　）　　―	
受診希望診療科名 （歯科医師名）		
	第 1 希望日　　月　　日　　曜日　　時 第 2 希望日　　月　　日　　曜日　　時 なお、診療希望日のご予定がたたない患者様には紹介状をお渡しください。 随時受付いたします。	
備　　考 （希望処置等）		

※　来院時、患者様は「総合受付」においでいただき、「紹介状」・「保険証」（各種受給者証）をご提示ください。なお、FAX 等による 診察･予約のお申し込み受付は、
月曜日から金曜日までの 9：00～17：00 となっております。
ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

※　個人情報となりますので、患者様の承諾を得てからご送信ください。

松本歯科大学病院 地域医療連携室　担当
〒399-0781　長野県塩尻市広丘郷原 1780
ＴＥＬ　0263-51-2305　・　ＦＡＸ　0263-51-2333
Email　info_renkei@po.mdu.ac.jp