

歯科往診サポートセンター 登録申込み・変更届け FAX用紙

申込年月日 平成 年 月 日

支 部 名	
歯科医療機関名	
会 員 氏 名	

下記の該当する項目に☑を記入して下さい。

歯科往診サポートセンターへの登録について

☐ 新規の登録 ☐ 登録内容の変更 ☐ 往診不可

『新規登録・登録内容の変更』と回答された方は、下記1～3の該当する項目にご記入下さい。

1. 患者の受け入れについて

- ☐ 通院歴がある人のみ受け入れる
☐ 希望があれば誰でも受け入れる

2. 処置内容について

- ☐ 義歯修理・新製など義歯関連処置のみ対応
☐ ほとんどの処置に対応

3. 口腔ケアについて

- ☐ 対応する
☐ 対応しない

※コピーの上、ご使用ください

FAX番号 086-224-8561