

訪問診療機器 借用申込み FAX 用紙

平成 年 月 日

歯科往診サポートセンター長 殿

訪問歯科診療の為、訪問診療機器の借用を申し込みます。

☐ポータブルユニット

☐ポータブルレントゲン

(オサダのハンドピースは使用できません)

※使用する機器へ☑をご記入ください。

地区 歯科医師会名		歯科医療機関名	
		申請者氏名	

借用予定日 : 平成 年 月 日 (時～ 時頃に取りに行きます。)

返却予定日 : 平成 年 月 日 (時～ 時頃に返却します。)

電話で事前に申し込み予約をした後、本状をFAXにてお送りください。

※コピーの上、ご使用ください。

歯科往診サポートセンター

TEL 086-224-1255

FAX 番号 086-224-8561