

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。

☐ マイクロモーター ☐ マイクロモーター（超音波スケーラー付き）

※ご使用の機器へ☑を記入ください。

地区 歯科医師会名		歯科医療機関名	
		申請者氏名	

☐ 送料片道； マイクロモーター 560 円

マイクロモーター（超音波スケーラー付き） 760 円

送付先；☐ 歯科医院 ☐ その他（〒 ー 住所）

送付希望日；平成 年 月 日 返却予定日；平成 年 月 日

☐ 持帰予定日；平成 年 月 日 返却予定日；平成 年 月 日
(時～ 時頃) (時～ 時頃)

備考；(例) 借用時は持ち帰り、返却は宅配を利用する場合など。

()

※事前に電話で申し込み予約された後に、本状を FAX でお送りください。

※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