

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		
<small>ふりがな</small> 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頂きお取り致します。
- 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

日本口腔外科学会専門医
歯科医師臨床研修指導歯科医師