

FAX送付書

【渋川北群馬歯科医師会FAX送信先:0279-55-6655】

* 訪問診療依頼者使用欄(医療機関・施設・個人)	
	FAX送付日 年 月 日 送付枚数 枚(送付書を含む)
宛先	渋川北群馬歯科医師会 御中
訪問診療依頼内容	訪問診療依頼患者氏名: 医療機関名・入院病棟名(施設名): 病棟院内(施設内)内線番号: * 訪問診療内容については、別添「訪問診療依頼書」のとおり
発信者(担当医・ 担当者・個人)	医療機関担当医(施設担当者)名または個人名:
医療機関・施設・個人の 住所	郵便番号・住所:〒
TEL	TEL:
FAX	FAX:
備考欄	

* 渋川北群馬歯科医師会使用欄	
訪問診療協力医の募集	上記施設(個人)より、訪問診療の依頼がありました。 対応して頂ける先生は下段に記載の上、当会宛にFAXしてください。 FAX番号:55-6655
対応できる訪問診療協力 医から歯科医師会への 返信	コメント: 歯科医療機関名()氏名() TEL: FAX:
渋川北群馬歯科医師会 から医療機関(施設)・個 人への連絡事項	今回の訪問診療のご依頼に対して、上記の歯科医療機関が対応いたしますので、電話等で連絡して、日程調整お願いいたします。よろしくお願いいたします。
備考欄	