FAX送付書

【渋川北群馬歯科医師会FAX送信先:0279-53-5580 】

＊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 TEL FAX	郵便番号・住所：〒 TEL： 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：0279-53-5580
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	