

# 歯科申込書・承諾書

福岡歯科大学医科歯科総合病院 訪問歯科センター

記入日 令和 年 月 日

(ふりがな)

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)

住所 (患者本人の現在の住所、施設の住所含む)

〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

<保証人 (ご家族またはご記入者) の氏名、連絡先>

保証人氏名 \_\_\_\_\_ 患者本人との関係 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

\*訪問歯科診療では、後日請求書をお送り致します。そのため、請求先のご住所に○をつけて下さい

(患者宅 ・保証人宅 )

説明に関してご理解いただけましたら、□内に印をつけてください。

- 今回、歯科治療を受けるにあたり、治療やその他の事項 (訪問システムや諸経費等) に関して説明を受け、同意致します。また、この内容について治療を受ける本人や家族にも説明し、連携して支払の義務を負います。

上記の件、承諾しましたことについて、後に異議の申し立ては致しません。

令和 年 月 日

福岡歯科大学医科歯科総合病院 訪問歯科センター

説明医署名 \_\_\_\_\_ (印)