

## スポーツ歯科外来申込書

岩手医科大学附属病院 歯科医療センター長 殿

第1希望 第2希望	平成 年 月 日 ( )曜日 平成 年 月 日 ( )曜日
勤務先・学校(学年) (連絡先 TEL)	- -
クラブ名	
(ふりがな) お名前	
性別	男 ・ 女
生年月日	S ・ H 年 月 日生
ご住所	〒 - 市 ・ 町 ・ 村
電話	- -
FAX	- -
申込日： 年 月 日	

ご注意：1日の新患者に制限がありますので、ご希望通りにいかないことがあります。  
診療日は月曜日、木曜日午後、第1・第4土曜日午前です。

020-8505

盛岡市内丸19番1号

岩手医科大学附属病院 歯科医療センター 事務室

スポーツ歯科係 行

TEL 019-651-5111(内線4115)

FAX 019-654-6334