

# 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

治療を受けられる方 (ふりがな)

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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 患者との関係 \_\_\_\_\_

住所

〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※訪問歯科診療では、後日請求書をお送りいたします。送付先のご住所に○を付けて下さい

( 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。

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します。治療を受ける本人や家族にも説明し連帯して支払いの義務を負います。また治療に係る個人情報について医療機関または入居施設より授受されることに同意します。

上記の件について承諾しました。後に異議の申し立ては致しません。

令和 年 月 日

患者又は保証人署名 \_\_\_\_\_ ⑩ 説明歯科医署名 \_\_\_\_\_ ⑩

(患者自署の場合は押印不要)