

FAX送信方向

世田谷保健所 健康推進課 行

FAX : 03-5432-3102

年 月 日

訪問口腔ケア健診票 送付依頼書

「訪問口腔ケア健診票」の送付をお願いします。

対象者氏名：

生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

住所：世田谷区

電話番号：

(以下の該当するものに○をつける)

介護保険認定：要介護 1・2・3・4・5

身体障害者手帳： 1級 ・ 2級

愛の手帳： 1度 ・ 2度

通院困難な理由：

申請者氏名：

住所：

電話番号：