

医療連携

日本大学歯学部付属歯科病院受診票

受付番号
初診予約日は _____年 _____月 _____日 () _____時 _____分 (_____時 _____分までに 1F 初診受付へお越しください)
初診受付に保険証，医療情報提供書，受診票をご提出ください。 医療連携科 TEL : 03-3219-8182 FAX : 03-3219-8312

