

日本大学歯学部附属歯科病院受診票

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)

初診受付にマイナ保険証，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

