

《 送 付 申 込 書 》

○ 名古屋市在宅歯科医療・介護連携室パンフレット

○ 在宅ねたきり者訪問歯科診査チラシ

申込日 年 月 日

パンフレット	希望部数	部
チラシ	希望部数	部

依頼者	様
送付先 住所	〒 ー
送付先 担当者	様
施設名	
電話番号	
FAX番号	
連絡事項	

必要事項をご記入の上、介護連携室までFAXでお送りください。

概ね、1週間程度でお送りさせていただきます。

お急ぎの方は、別途ご連絡下さい。

名古屋市在宅歯科医療・介護連携室

TEL619-4188 **FAX619-4189**