通信（歯科→医科）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（周術期歯科医療連携用）

連絡用FAX通信状

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称　　　　　　　　　　病院　　　　　歯科医療機関

歯科診療所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　先生侍史

　　　Tel　　　　　　　　　　Fax

歯科医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

いつもお世話になります。　　　　　　　　　　　　様の件で連絡致します。

|  |
| --- |
| **連絡事項** |