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

連絡用FAX通信状

令和　　年　　月　　日

歯科医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　病院

歯科診療所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　先生侍史　　　所在地

　　Tel　　　　　　　　　　　Fax

　　　　　　　　地域医療連携専用窓口　　内線

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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** |