



世田谷保健所 健康推進課 御中

F a x : 0 3 - 5 4 3 2 - 3 0 2 2

平成 年 月 日

訪問口腔ケア健診票 送付依頼書

「訪問口腔ケア健診票」の送付をお願いします。

対象者氏名：

生年月日： 明治・大正・昭和 年 月 日生

住所： 世田谷区

電話番号：03 — —

(以下の該当するものに○をつける)

介護保険認定： 要介護 1・2・3・4・5

身体障害者手帳： 1級・2級

愛の手帳： 1度・2度

通院困難な理由：

申請者氏名：

住所：

電話番号： — —