

## 厚木市障害者歯科診療所

# 摂食・嚥下機能発達支援診療申込書

摂食・嚥下機能発達支援診療を希望される方は、下記ご記入の上、FAX又はTELにてお申し込み下さい。折り返し時間等のご連絡をさせていただきます。

お子様の氏名	
保護者の氏名	
お子様の生年月日 (年齢)	(            才)
TEL	
FAX	

基本的な診療日程は、偶数月：第4木曜日、奇数月：第4火曜日ですが、変更する場合があります。ご不明な点はお電話(月～金 10時～12時、13時～16時 224-6081)でご確認ください。

厚木市歯科保健センター

厚木市中町1-8-12

TEL 224-6081

FAX 221-7673