患者様が砂川市立病院に歯科診療予約する方法

１紹介医療機関名は？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歯科医院 ・ 歯科クリニック

２患者様の情報

**砂川市立病院の受診歴があれば診察券の患者番号を教えてください。**

**申し込みが簡単になります。**

無ければ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女

生年月日

電話番号

希望日、都合の悪い日　等　お伝えしたい事

上記事項を記入し、ご用意のうえ電話予約してください。

**平日の８：３０～１７：００**（土・日・祝日・時間外は受付できません）

**０１２５-５４-２１３１**　砂川市立病院　地域医療連携室

**「歯科の予約をお願いします。」**とお申し出ください。

受診当日は、**診療情報提供書**（紹介状）と

　　　　　　　　**健康保険証**・**お薬手帳**は忘れずにお持ちください。