

平成 年 月 日

## FAX 送信用紙

横浜市歯科医師会 歯科医療連携室 行

送信元

### 書類送付のご案内

下記のとおり、書類を送付させていただきます。よろしくお願い申し上げます。

横浜市糖尿病医科歯科連携を開始します。

連携開始日 年 月 日

医科 ID ( )

歯科 ID ( )

\*事務局管理\* 患者 ID ( )

横浜市歯科医師会

歯科医療連携室 FAX 番号 0120-458-557