受診報告書

様式第６号－２

群馬県歯科医師会　御中

　令和　　　年　　　月　　　日

所在地

　　　 　名称

　　　　電話番号

　 　　　　診療科名

　 　　　　医師氏名

|  |
| --- |
| 登録番号 |
| 初診日  　　　　　　　 　年　　　月　　　日 |
| 紹介元拠点・協力病院 |