

大和市立病院（歯科口腔外科）受診案内

住所：神奈川県大和市深見西八丁目3番6号

直通：046（260）3376(TEL・FAX)

代表：046（260）0111(TEL)（内線）2222

※電話で予約した予約日時をご記入ください。

| | | | | | |
|------|---|---|-----|---|---|
| 予約日時 | 月 | 日 | () | 時 | 分 |
|------|---|---|-----|---|---|

※歯科口腔外科は**完全予約制**です。必ず予約をしてからご来院ください。

※予約時に住所、氏名、生年月日、電話番号、登録番号（大和市立病院診察券に記載）、紹介元医療機関名をお知らせください。

※受診当日は予約時間の15分前に1階初診受付(12番)にお越しください。

※マイナ保険証又は資格確認書、診療情報提供書、大和市立病院の診察券（お持ちの方）、お薬手帳をお持ちください。

※初診当日は、外科処置（抜歯等）を行いません。ご了承をお願いします。

