

# YOSUKE HAYASHI, DMD, PhD NDC MICROENDODONTICS

## 診療情報提供書（依頼状）

必要事項をご記入頂きますようお願い致します

患者様名： \_\_\_\_\_

貴院名： \_\_\_\_\_

担当医名： \_\_\_\_\_

予約日時： \_\_\_\_\_

依頼部位（歯種）： \_\_\_\_\_

その他、特記事項が御座いましたら以下の余白にご記入ください



高田馬場 新田歯科医院内  
NDC MICROENDODONTICS

169-0075 東京都新宿区高田馬場1-29-4 レイカビル3F  
Tel: 03-3232-0418