

かかりつけ医をもつことをおすすめします。

姓名	所在機關	通訊處	張方州	診治科目	受
----	------	-----	-----	------	---

右ページへつづく

歯科医院・病院（記載は診療時間です。詳しくは受診前に各医療機関におたずねください。） ○印 成田市嘱託歯科医師（成人歯科検診係）

(令和4年4月1日現在)