

↑ F A X 在宅歯科診療申込書 F A X : 03-3787-0088
電話でもお申し込みいただけます T E L : 03-3787-0088

F A X 在宅歯科診療申込書

申込日		平成	年	月	日	
<small>フリガナ</small> 氏名 :					性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	才
住所	東京都	区				
T E L ① :						
T E L ② :						
申込者名 (本人以外の場合)						
申込者 :			連絡先 :			
治療依頼内容						
入れ歯が合わない・虫歯・歯肉から血が出る・口臭・食べ物が上手く飲み込めない・歯科検診・その他						
希望・通信・その他						
ご紹介者			T E L			

戸越パーク歯科クリニック

東京都品川区戸越 5 - 1 0 - 1 9

(電話受付 9:00~19:10 F A X 24 時間 O K)

T E L : 03-3787-0088

F A X : 03-3787-0088