

歯科往診 FAX 申込書

072-833-1560

どちらかに○をして下さい		治療 ・ 検診		
(フリガナ)	生年月日	M・T・S・H・R	年齢	男 ・ 女
お名前	様	年 月 日		
住所	都 道 府 県			
電話番号	— —	FAX番号	— —	

ご連絡先

事業所名	担当者名	電話番号

主訴(気になっていることがあればお書きください)



野口歯科医院

〒573-0064

枚方市北中振 4-8-15

友田ビル 2F

TEL/FAX:072-833-1560

電話によるお申し込みも承ります。お気軽にご相談下さい。