

ファックスによるご予約（中川駅前歯科クリニック）

お名前 _____ 様

ご希望の診察日時 第1希望 _____ 月 _____ 日 _____ 時ころ

第2希望 _____ 月 _____ 日 _____ 時ころ

第3希望 _____ 月 _____ 日 _____ 時ころ

ご連絡 FAXを希望 FAX番号 _____

電話を希望 電話番号 _____

（当てはまる項目に「✓」を入れて下さい）

希望する治療 虫歯 歯周病 歯並び 歯のクリーニング

審美歯科治療 ホワイトニング ドライマウス

いびき治療 舌痛症 金属アレルギー

その他（ _____ ）

（当てはまる項目に「✓」を入れて下さい）

ご要望などが _____

ありましたら _____

お書き下さい _____

ファックス番号 045-910-2278