

あおぞら歯科クリニック 〈訪問診療申込書 兼 無料訪問歯科検診申込書〉

下記欄にご記入の上、FAXまたはご郵送をお願いいたします。

FAX送付先

ご郵送先

0120-72-4181

〒133-0054

東京都江戸川区上篠崎2-4-3

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名					年 月 日
住所					
電話	() —	FAX	() —		

日程・相談などご連絡させていただける方		
ふりがな		電話() —
氏名		携帯() —

[illegible]

**あおぞら
歯科クリニック**

TEL. 0120-77-4180

〒133-0054 東京都江戸川区上篠崎2-4-3

■定休日／木曜日、日曜日、祝日

■營業時間／9:30~13:00

14:00~19:00(水・土は18:00)