

川上矯正歯科医院行 FAX 番号 (087-826-0529)

平成 年 月 日

診療申込書

ふりがな	
患者氏名	様 男 女
生年月日 昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)	
住所 〒	
自宅電話番号	FAX 番号
上記以外の電話番号 (勤務先・携帯等)	
メールアドレス	@
希望診療内容	
1. 矯正治療について相談したい 2. 矯正治療のための検査を受けたい。 3. その他	
受診希望日	
第一希望 :	月 日 ( 時頃)
第二希望 :	月 日 ( 時頃)
木・日・祭日休診、受付時間 : 午前 10 時～12 時 午後 2 時 30 分～5 時 ※予約状況により、ご希望にお応えできない場合がございます。	

本票を FAX にて送信して下さい。受診日時が決まりましたらご連絡申し上げます。ご希望の連絡先に✓を入れて下さい。

▼連絡先  郵送  自宅電話  勤務先電話  携帯電話  FAX  メール

FAX は 24 時間受診可能ですが、時間外・休診日にお送りいただいた場合は、お返事は翌診療日の午前 10 時以降になります。