

さかえ歯科クリニック 無料カウンセリングFAX申込み用紙

FAX 送信先 047-361-8500

※ 各項目全てをご記載ください

申込日	年 月 日
お名前	様
電話番号	— —
カウンセリングご希望日時	年 月 日 AM PM 時
ご連絡が付き易いお時間・曜日	曜日 AM PM 時 ~ AM PM 時

※治療前のカウンセリングは当クリニックの医院長が行います。

※カウンセリングはあくまでも無料です。

治療に繋がらなくて構いません。

※事前にメール等でご相談頂く事も可能です。

(メールは医院長だけが確認させて頂いております)

※メール・FAXは24時間受け付けております。

(24時間以内に必ず医院長よりお返事致します)

さかえ歯科クリニック

住所: 千葉市松戸市栄町3-182-5

TEL:047-362-0829