



安全で適切な診療のため、ご協力をお願いいたします

お名前 _____ (女・男) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

住所 _____ 電話番号① _____

勤務先 職業 電話番号②

※当院では会計時に領収書を発行しておりますが、別に診療明細書の発行をご希望される場合はチェックをお願いいたします ☐

ご協力いただき、ありがとうございました。 氷川台たんぽぽ歯科クリニック