

ご紹介フォーム



MORI DENTAL CLINIC

モリ デンタル クリニック 森 健太郎宛

TEL : 06-6836-7516

FAX : 06-6836-7524

メール : mori-endo-dent@violet.plala.or.jp

下記ご記入の上、Faxまたはメールにてお送りください。(全て記入必須)

貴院名

TEL
FAX

貴院住所

ご担当医様

患者様情報

氏名

生年月日 (西暦)

年 月 日

性別

男性・女性

電話番号

メールアドレス

部位

急性症状

あり・なし

ご依頼内容

カウンセリングのみ

生活歯髄療法

根管治療

再根管治療

外科的歯内療法

歯性上顎洞炎

穿孔修復

破折診断

異物除去

レジン支台築造

要・不要

その他、連絡事項について

- ・ ご記入頂いた内容は厳密に管理いたします。
- ・ ご紹介状 (メールまたはFAX) を確認後、
当院から患者様に電話にて初回予約の連絡をさせていただきます。
- ・ FAX番号のおかけ間違いにご注意下さい。