インプラント　／　PMTC　初診診療予約

医療法人 愛和会 エルム駅前歯科医院

予約を取られる方は 1 週間先のご希望日時を 3 つ、
2 週間先の希望日時を 2 つお書きください。
ただし急患の方は直接電話にてご予約をお願いします。

（フリガナ） ---------- お名前	性別	男・女	生年月日 年　月　日生（　　歳）
（フリガナ） ---------- ご住所 （〒　　ー　　） 都道府県			
Tel　（　　）　ー		Fax　（　　）　ー	
受診内容（受診希望内容、症状など）			
受診希望日 月　日　（ 時間 ） 月　日　（ 時間 ） 月　日　（ 時間 ） 月　日　（ 時間 ） 月　日　（ 時間 ）		≪診察時間≫ 午前 9 時 30 分～午後 7 時 30 分 ≪休 診 日≫ 日曜日・祝祭日	
希望診療科目 （複数回答可）必ずご記入下さい。 ☐ インプラント治療（歯の欠損がある方） ☐ PMTC（歯のエステ）			
当院を知ったのは・・・　☐ 雑誌　☐ 新聞チラシ　☐ 人に聞いて　☐ ホームページを見て ☐ その他（　　）			

Ｆａｘはこちらまで　→　０１６６（２７）２４８０

北海道旭川市宮下通 7 丁目 2399-1 明治屋ビル 5F
Tel(0166)27-2440　／　Fax(0166)27-2480

※万一、FAX が送信できない場合は、直接クリニックへお電話にてご予約ください。

Ｆａｘはこちらまで　→　０１６６（２７）２４８０