

ご紹介フォーム - FAX用 (086-236-8478) -

●貴院名 (必須): _____

●フリガナ (必須): _____

●ご担当医様のお名前必須 (必須): _____

●TEL (必須): _____

●メールアドレス (必須): _____

●患者様のお名前 (必須): _____

●患者様のお名前(フリガナ) (必須): _____

●患者様の連絡先 TEL (必須): _____

●患者様のメールアドレス (必須): _____

●患者様の生年月日 (必須): _____

●部位 (必須): _____

●急性症状 (必須): あり ・ なし

●ご依頼内容 (必須):

カウンセリング

根管治療 (歯内療法)

再根管治療

外科的根管治療 (歯根端切除術)

歯髄保存療法

その他

●レジン支台築造のご希望 (必須): あり ・ なし

●その他備考: