

# 患者さんご紹介 FAX 用紙

ご紹介有り難うございます。

当クリニックから下記患者さんへ直接ご連絡を差し上げ、当クリニックへの受診日について相談させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

	本人	保護者
フリガナ 氏名		続柄 (父・母)
生年月日	年 月 日 ( ) 歳	年 月 日 ( ) 歳
住所	〒 TEL (自宅または携帯)	〒 TEL (自宅または携帯)

貴院名 ご連絡先	
ご紹介内容	

**FAX 番号 : 093-533-2226**

お問い合わせ先 : 小倉 IOI 矯正歯科クリニック

〒802-0007 北九州市小倉北区船場町 2-10 近藤会館 2 階

TEL : 093-533-2226

五百井 秀樹