

FAXでのご依頼の場合は、このページを印刷して使用してください。

## スマイルCTインプラントセンター

FAX：048-857-5461（24時間受付）

FAX送付状	
お名前	フリガナ  
性別	男性                      女性
お住まいの都道府県	
ご希望の連絡方法	ご希望のご連絡方法に○をつけて下さい。 お電話                      FAX
電話番号	※携帯可。通話ご希望時間帯がございましたらお書き添え下さい。
FAX番号	
現在の症状	
ご相談内容	悩まれていること、困っていることを具体的にご記入ください。
ご要望	どのようにしたいかなどご要望をご記入ください。
その他	

FAX：048-857-5461（24時間受付）

※FAXをいただいてから、2営業日以内にご返信をさせていただきます。

※通信状況、休診日、その他の影響により、ご返信が送れる場合がございます。一週間以上返信が無い場合は、恐れ入りますが、お電話にてご連絡いただければ幸いです。