

※ お耳の不自由な方専用 予約申込書です。

《 FAX 用紙 》

FAX 専用

お問い合わせ用紙

0276-86-9911

ふりがな

FAX 送信日

氏名

年 月 日 ()

生年月日

診察券 No.

住所

TEL

FAX

◆ ご質問・ご要望など自由にご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ふじ眼科クリニックからの返信欄)

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ふじ眼科クリニック
FUJI EYE CLINIC

TEL:0276-86-9900