

## ご紹介フォーム



TASUKU DENTAL OFFICE 筒井 佑 宛

TEL: 072-729-0202/FAX: 072-729-0303

Mail: [tskdental2023@gmail.com](mailto:tskdental2023@gmail.com)

下記ご記入の上、FAX またはメールにてお送りください。

貴院名

TAL/FAX

貴院住所

ご担当医様

### 【患者様情報】

氏名

性別

生年月日

電話番号

ご依頼内容 インプラント治療

GBR(骨造成)

サイナスリフト

根面被覆術

歯冠長延長術

乳頭再建術

歯周組織再生療法

その他( )

・ご記入頂いた内容は厳密に管理いたします。

・ご紹介状(メールまたは FAX)を確認後、

当院から患者様に電話にて初回予約の連絡をさせていただきます。

・FAX 番号のおかけ間違いにご注意下さい。