ファックス相談送付状

□ご相談の方は、年齢、性別の他、相談内容を詳しく書いて下さい。

御 氏 名		年齢	才	性別	□女 □男
御 住 所					
固定電話		携帯電話			
返 信 用 FAX 番号		e-mail			

ご相談内容（できるだけ詳しく書いて下さい）

当院のご回答

送信先ファックス番号：052-551-2773

〒450-0003
愛知県名古屋市中村区名駅南 1-8-21
名古屋タワーサイドクリニック
TEL. 052-551-2772　FAX. 052-551-2773