

面会申込 兼 問い合わせ書

【送信先 FAX番号】 **0952-98-3166**（木下歯科医院 行）

医療法人長晴会 木下歯科医院

送信日：20 年 月 日

院長 木下 拓郎 殿

面会に関するご案内

当院では、院長およびスタッフとの面会・お打ち合わせの際、以下の通り面会料を頂戴しております。

【面会料】 30分につき 10,000円（税込） 【以後30分ごとに10,000円（税込） 追加】

【キャンセル料】 面会日の前営業日以降のキャンセルにつきましては、面会料全額をご請求させていただく場合があります。

面会をご希望の際は、本紙に必要事項をご記入の上、上記のFAX番号までお送りください。

申込者情報（ご記入欄）

貴社名（または組織名） 必須	
ご担当者様氏名 必須	
ご連絡先（電話番号） 必須	
ご紹介者名 任意	
ご面会希望内容・目的 任意	

【備考】

※ご記入いただいた「ご連絡先（電話番号）」宛に、日程調整のため当院よりご連絡を差し上げます。
日中におつながりになりやすい、確実な番号のご記入をお願いいたします。

医療法人長晴会 木下歯科医院（佐賀県） / FAX送信の際はお間違いのないようご注意ください。