

## 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	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 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**

〒450-0002

愛知県名古屋市中村区名駅 4-26-7 名駅UFビル 7F

名古屋タワーサイドクリニック

TEL. 052-551-2772 FAX. 052-551-2773