

お名前 M・N 様 男・女 年齢 歳 記入日 / 2 / 5

※可能な場合のみ□にチェックマークを入れて下さい。

ホームページへのお名前の掲載 イニシャルならば可 顔写真の掲載

治療が終わられた方、長くメンテナンスに通っていただいている方へ
患者様の声をいただければと思います。

治療に通っている間の感想や治療前を比べてどんな事が変わったか?生活や日々への影響、院長やスタッフへのメッセージでも構いません。

お手数をお掛けしますがよろしく願いいたします。

いつも、中谷先生、スタッフの皆さんに親切に
対応していただいています。

場所もわかり易く、通い易くて便利です。

院内もきれいで、待ち時間もなく、とてもいい感じ
だと思います。

ありがとうございました

DENTAL OFFICE U