

◆上下または上下のどちらかが総入れ歯の方対象です◆

「床」体験 専用申込書

パリムデンタルクリニックの床体験の趣旨を理解しましたので申し込みます。

*該当するものにをお願いします

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名			西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
ご自宅への郵便物送付： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 個人名なら可 <input type="checkbox"/> 不可			
連絡先	自宅	-	ご自宅への連絡： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	携帯	-	
e-mail	@	勤務先	
どのようにして当院をお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Twitter/Facebook <input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> 知人（紹介者名：） <input type="checkbox"/> テレビCM <input type="checkbox"/> 書籍 <input type="checkbox"/> その他（）			

●現在のお口の状況とご希望の体験を教えてください。

上下総入れ歯

・・・

●ご希望の体験をお選びください。

上下とも 上だけ 下だけ

上だけ総入れ歯（上を体験）

下だけ総入れ歯（下を体験）

ご希望やお悩みなど自由にご記入ください
例) 何個も総入れ歯を作ったのにどれも合わないで、試してから検討したい。
例)ピッタリ合うと言われて作ったが食事もできない。口に合う入れ歯が欲しい。

パリムデンタルクリニック

FAX 06-7635-7645

〒560-0021 大阪府豊中市本町2-4-2 大前ビル3F TEL 06-6844-4618