

お問い合わせ・予約申し込み

医療法人橋本孝佑会

奥野クリニック 宛

FAX : 0736-34-0012

お名前	
ふりがな	
性別	男 女
年齢	
電話番号	
受診歴	有 無

受診希望日	年 月 日 時間 :
-------	------------

備考

必要事項を記入の上、FAXでお申し込み下さい。
追って奥野クリニックより日程調整の連絡を差し上げます。

医療法人橋本孝佑会 奥野クリニック
〒648-0096 和歌山県橋本市御幸辻 148-1
TEL : 0736-34-0010 FAX : 0736-34-0012