

診察予約

申込み用紙



希望診察日時 2017年 月 日 時 分

(ふりがな)

氏名： _____

生年月日： 年 月 日

連絡先 (☑)

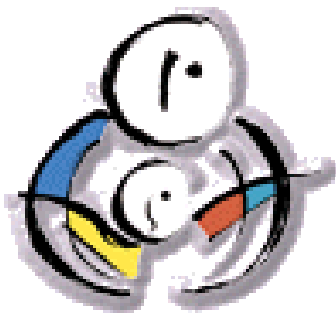
お電話番号

メールアドレス @

診療内容 (☑)

産科 婦人科

{ 具体的に }



産科婦人科
やまぐちマタニティ 0966-24-2738

FAX 番号 0966-24-4848

www.y-maternity.com