

## 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	女 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

名古屋市中村区名駅 4-27-6

名古屋タワーサイドクリニック

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