

無料FAX相談・予約 送信表

太枠内を強くハッキリとご記入下さい。

※印のついた項目は必ずご記入下さい。

当院からのお知らせ 要 不要

お名前※		都道府県※	
ご性別※	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	ご年齢※	歳
電話番号		FAX番号※	
携帯番号		E-mail	

ご相談内容※

- 脂肪吸引 豊胸術 ワキガ多汗症 脱毛
 目 鼻 若返り・スキンケア その他

※該当する項目にチェックをお入れ下さい。

カウンセリングを 希望する → 希望日時： 月 日 時頃 院

※カウンセリング予約に際して、当院からお電話させていただく場合がございます。

当院からの回答欄

担当： _____

FAX送信先： **03-3367-2731**

城本クリニック メール相談室
 〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-3-1 三光パークビル2F
 フリーダイヤル：0120-107-929 / メール：info@shiromoto.to