Fax にて送信後お電話にてご予約ください。(名駅クリニックは予約制です。)

名駅クリニックFAX番号 052-588-7886

FAX 用紙

ご住所　〒　　－

都　道

府　県

ふりがな

お名前　　性別　(男・女)

生年月日　(昭和・大正・明治・平成)　　年　　月　　日　年齢　　歳

電話番号　ご自宅　　FAX

勤務先　　FAX

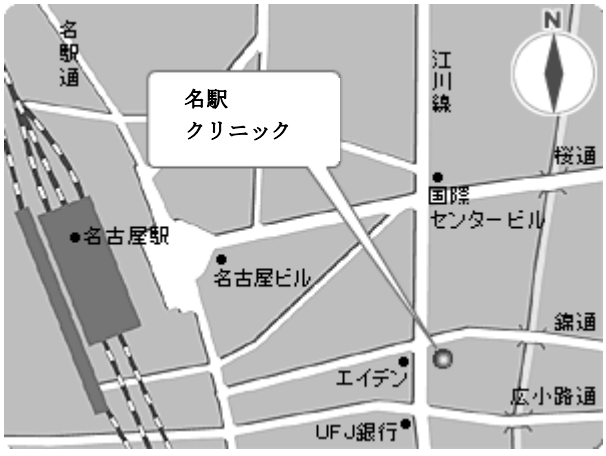
携帯

現在症状があるのは　頚椎　・　腰椎　　現在の症状について受診したことは　無　・　有

3 か月以内の MRI フィルム　無　・　有　　内服中の薬　無　・　有 (　　)

名駅クリニックを何で知りましたか　[　ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　・　紹介(　　様)　・　書籍　・その他(　　)　]

ご質問・ご不明な点がございましたらご記入ください。



名古屋駅より徒歩 15 分
タクシーの場合は西柳交差点で
下車して下さい

名駅クリニック

Tel　052－588－7885
Fax　052－588－7886
〒450 - 0002 愛知県名古屋市中村区
名駅 5 丁目 30 - 1　COI 名駅ビル 2F