

『アイブレスをはじめよう!』注文書

お手数ですが、下記の情報を記載の上、FAXにてお申し込みをお願い致します。

氏名			
郵便番号	〒	-	
住所			
電話番号		職業	
メールアドレス			
性別	男 ・ 女	年齢	歳

お手数ですが、下記のアンケートにお答え頂ければと思います。

今回のアンケートに関しては、他に情報を提供するものではありません。今後、さらに技術向上のための参考とさせて頂ければと考えております。

1. 矯正についてどんなことに一番興味がありますか？ また、もしあなたの歯列で気になるところがありましたら、教えてください。 またその場合、あなたは矯正治療を近い将来お考えでしょうか？
2. もし矯正歯科にかかる場合はどのような点が優先して矯正治療を受ける医院を決められますか？ いくつでも結構です。
3. お友達、ご家族等周りで矯正治療をしようかとお考えになっているかた、悩んでいるかたがおられましたら、ご紹介して頂けますか？ご紹介の方一人だけでも本をプレゼントします。 (但しそのかた本人によるFAXにての申し込みも必要です。)
4. 吉岡歯科クリニックのホームページを御覧になって感想をお聞かせください。 また、歯科のどのようなことをもっとお知りになりたいか教えてください。
5. もしあなたが矯正治療を受けるとしたら、どんな点が心配ですか？ 不安でしょうか？ 矯正治療をご希望される場合、治療相談を受けたいですか？ はい ・ いいえ

以上、ご回答ありがとうございました。

現在、全国よりこの最新 快適アイブレス治療の問い合わせが殺到していますので、本の発送が少し遅れる事もあります。
また、ご紹介の方からのFAXは必ずご紹介者も明記してください。

< 注文先 >
医療法人喜心会 吉岡歯科クリニック
FAX : 072-634-0792