

お名前 M・M 様 男・~~女~~ 年齢 23歳 記入日 2016 / 2 / 9

※可能な場合のみ□にチェックマークを入れて下さい。

ホームページへのお名前の掲載 イニシャルならば可 顔写真の掲載

治療が終わられた方、長くメンテナンスに通っていただいている方へ
患者様の声をいただければと思います。

治療に通っている間の感想や治療前を比べてどんな事が変わったか?生活や日々への影響、院長やスタッフへのメッセージでも構いません。

お手数をお掛けしますがよろしく願いいたします。

治療の際、痛みがほとんどないので、痛みは弱い私は

大変助かっています。

ありがとうございました

DENTAL OFFICE U