



## 巻き爪矯正 コレクティオ FAX送付用紙

医療機関名		氏 名	
住 所	〒		
TEL		FAX	
*どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> お付け下さい。 <input type="checkbox"/> コレクティオを導入したいので手続きしたい。 <input type="checkbox"/> コレクティオの詳しい資料が欲しい。			

F A X 06-6262-8485