

TOKYO ENDODONTICS

PRACTICE LIMITED TO ENDODONTICS AND MICROSURGERY



AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS
SPECIALIST MEMBER

御紹介用紙

患者様名： _____

歯科医院名： _____

歯科医師名： _____

予約日時： _____

治療／評価をする歯種： _____

特記事項がございましたら下記スペースにご記入下さい