진료의뢰서

서울턱사랑니치과
매복사랑니 발치, 턱관절 치료 전문 치과

의 뢰 일 자 20 . . .

환자성명 생년월일 성별

진단명

진료소견 의뢰내용 / / /

의뢰치과명

TEL FAX

첨부물 비고

* 상기 환자의 구강악안면외과 수술 또는 턱관절 치료를 의뢰 합니다. 성심껏 책임을 다하여 진료하여 주시길 바랍니다.

진료시간 월 - 금 AM 9:30 ~ PM 18:30 토 AM 10:00 ~ PM 14:00 (점심시간 없이 진료)
/ 화 AM 9:30 ~ PM 20:30 * 일요일 / 공휴일 휴진

점심시간 PM 13:00 ~ 14:00

저녁시간 PM 17:30 ~ 18:00
(야간진료 화요일)

서울턱사랑니치과

KakaoTALK
서울턱사랑니치과

분당선 미금역 1번 출구 미도프라자 2층
TEL 031-717-7452 FAX 031-718-7452