

# ❖ご意見・ご感想をお聞かせ下さい❖

記入日          年          月          日

## 《ご意見欄》

差し支えなければ下記にもご記入をお願いします。

氏名

---

性別    男    女

年代    10代それ以下    20代    30代    40代  
         50代            60代    70代    80代以上

ご記入後は意見箱へ入れてください。

今後の更なる診療技術や設備の充実と接遇向上の参考とさせていただきます。

ご協力ありがとうございました。



 GOTOH. DENTAL CLINIC

医療法人社団 後藤歯科医院