



新東京クリニック

検査予約確認票

予約日時

年 月 日 () 時 分

(検査予約時間の30分前までに総合受付までおこしください。)

ふりがな		性別	生年月日	(歳)
患者氏名			年 月 日	



新東京クリニック (松戸駅近隣)

お問い合わせ先

新東京クリニック 地域連携室
〒271-0077

千葉県松戸市根本473-1

TEL: 047-366-7000(代表)