

[2回目以降 再診の方]

※ご記入頂いた事項は診療のみに使用致します。

うす毛 (AGA) 相談・治療 申込書

年 月 日

※お薬を服用又は使用していて変わった事・気になる事があれば記入して下さい。

()

ご希望内容の□に✓を入れてください。何セットでも、複数種でも結構です。

【表示価格は全て税・処方料込です。】

- | | | |
|---|------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> プロペシア (1 セット 28 錠) | 9,500 円 × | _____ セット |
| <input type="checkbox"/> プロペシア (5 セット 140 錠) | 45,000 円 × | _____ セット |
| <input type="checkbox"/> アロビックス (30mL) | 1,450 円 × | _____ 本 |
| <input type="checkbox"/> アロビックス (30mL × 5 本セット) | 7,000 円 × | _____ セット |

フリガナ

お名前: _____

【本状に診察券を添えて、受付へお持ちください】

医療法人正進会 丸善ビルクリニック

【WEB】