

Fax 番号0436—24—4112

初回 追加 保険外自費 Freestyleリブレ注文書

名前(ふりがな)	診察券番号
生年月日	
住所 〒	
携帯番号	
備考欄	
Freestyleリブレ 本体	8100円(税込み) 個
“ センサー	8100円(税込み) 個
ケトン電極	2700円(税込み) 個
合計	円 個

追加の方

追加に○をし、名前、診察券番号をご記入ください。

住所等変更あればご記入ください。

〒290-0024 千葉県市原市根田320-7

宗田マタニティクリニック 0436-24-4103