

소아 진료 의뢰서

- 성명 _____ - 연령 _____ - 성별 남 여

- 필요한 시술 / 수술 구강검진 충치치료 예방치료
 외과수술 치아외상
 기타(_____)

- 병력 및 소견

_____ 년 _____ 월 _____ 일

의뢰 치과 기관명 _____ 담당 원장님 _____



진료시간

월 화 수 금 AM 09:30 - PM 06:30
 1·3주 수요일 AM 09:30 - PM 08:00
 토 요 일 AM 09:15 - PM 01:00
 점심 시간 PM 01:00 - PM 02:00

※ 토요일 점심시간 없음
 ※ 매주 목요일 휴진 | 일요일·공휴일 휴진