

2024 年 6 月 3 日

治療費ご入金のお願い

瀧谷 久敏 様

この度はご提案の処置をご希望いただき、ありがとうございます。
恐れ入りますが、治療費 473,000 円（税込）を 2024 年 6 月 9 日(日)までに
入金が確認できますよう、下記口座へのお振り込みをお願いいたします。
よろしくお願い申し上げます。

関西みらい銀行 豊中支店 普通 1014571 イ) チュウドウカイ

振込手数料は、患者様のご負担でお願いします。

医療法人中道会 パリムデンタルクリニック