

お見積書(保証書)

令和 年 月 日

様

東京都大田区東雪谷2-7-2

ライオンズプラザ石川台

03-5499-3841

さとう歯科医院

担当医:

以下の通りお見積り致します。

合計金額 円

詳細

	摘要	金額
	小計	
	消費税等	
	合計	
備考		

説明書・ホームページ等に記載されている保証期間は、定期的に検診(有料)を受けている方が対象となります。なお、5か月以上の来院がない場合には、保障の適用はありません。ご了承の程、お願い申し上げます。