

F A X 書 式

201 年 月 日

(有) オゾノサン・ジャパン 殿

FAX番号 011-818-8318

この度、オゾン療法について知りました。ついでにはオゾンによる治療をお願いしたく、
医師紹介をお願い致します。

なお、私の現在の病状を添付します。

■ 氏 名 :

■ 生年月日 :

■ 職 業 :

■ 住 所 : 〒

■ T E L :

■ F A X :

■ 添付資料 (現在の病状やその他資料があれば添付してください。)