

表面

データ作成サービスをご利用  
の場合以下の内容を明記して  
ご注文ください。

■ 部分の文章は差し替え可能  
です。

- ① 会社名・店舗名
- ② 住所・電話番号・FAX番号・  
メールアドレス・ホームページアドレス  
など

① 嶋デンタルクリニック

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前4-4-5

Tel 03-5785-0719 Fax 03-5785-1845

② E-mail shima@xxx.co.jp

www.shima.xxx