

支払い方法について

矯正治療費_____円は、5回までの分割が可能ですが、
1年以内に支払いを完了させていただきます。(尚、初回支払いは基本矯正
料金の30%となります。)

以下に支払日、金額支払い方法をご記入の上、
次回の矯正治療ご予約日に受付まで御提出してください。

	支払日	金額
(1)一括払い	____年 月 日	_____
(2)分割支払い (1)	____年 月 日	_____
(2)	____年 月 日	_____
(3)	____年 月 日	_____
(4)	____年 月 日	_____
(5)	____年 月 日	_____

____年 月 日

本人氏名 _____

保護者氏名 _____ 印