

電話&オンライン矯正相談



サービスを開始します



さいとう歯動塾では、新型コロナウイルスの感染拡大を受け、郵送での矯正相談サービスに加え、新しくオンラインでの症例相談サービスを始めます。

電話・オンライン矯正相談は、郵送での矯正相談サービスではできない、双方向での相談が魅力です。また、治療方針の立案、抜歯部位の決定や日ごろの治療時における些細な疑問やワイヤーベンディング、可撤式装置の調整方法等、矯正臨床における不安の解消や診断力のスキルアップにもご利用いただけます。

【電話・オンライン矯正相談サービスのご利用方法】

①電話相談

②オンラインビデオ通話アプリ【Zoom】を利用した相談

(PC、タブレット等の媒体を使用)

上記2つとなります。

電話、Zoomそれぞれの利用方法をご覧ください、ご都合の良い方法でご利用ください。

【相談料金】 電話・Zoomともに同じ料金です。

➤ **15分** **4,000円(税別)**

※会員割引の適用はございません。

※1回につき最長1時間までご予約いただけます。

例) 1時間相談・・・16,000円(税別)

【予約可能日/時間】

ご相談予約日は申込日より一週間以上先の日程をご選択ください。

相談日は調整後、ご連絡させていただきます。

✓ 基本実施日/時間

【曜日】 平日(月曜日から金曜日)

【時間】 9時から17時

※ご希望日の中で実施可能な日がなく、再調整させていただく場合もございます。予めご了承ください。

※土・日・祝日や平日の基本時間外でのご相談については、個別にご相談ください。

【料金ご請求方法】

- 初めて当塾をご利用いただく先生の場合→お申込み＆ご予約後、料金をご請求→お振込みいただいてからのご利用となります。
※延長料金が発生した場合には、後日差額をご請求させていただきます。
- 当塾のセミナー等を過去にご利用いただいている先生の場合
→症例相談実施後、同月内のサービス利用分等をまとめて月末に請求書を作成し、ご請求させていただきます。

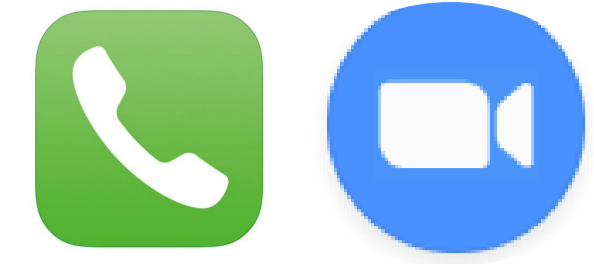
【症例相談の料金カウント方法】

料金は**15分1枠4,000円(税別)**です。症例相談終了後にご利用時間を相互に確認の上、ご請求金額をご案内させていただきます。

- ✓ キャンセルチャージについて
 - 予約日前日**17時**までのキャンセルについては、キャンセルチャージはいただきませんが、それ以降のキャンセルにつきましては、**1予約につき4,000円(税別)**をご請求させていただきます。
 - 当日の無断キャンセルについても同様のキャンセルチャージをご請求させていただきます。
 - キャンセルは、メール、電話、**FAX**のいずれかをお願い致します。
- ✓ その他の注意事項について
 - ご利用者様の都合で予約時間より遅れて開始した場合にも、予約開始時間からの費用が発生致します。
 - 相談時間の延長を希望される場合は、**1予約につき合計で、上限1時間**の範囲内で可能な限りお承り致しますが、後に別の予約が入っている場合等、ご希望に添えない場合もございます。
 - アプリや機器接続の時間はカウント致しません。
 - 最終的なご請求金額については、症例相談の最後にお伝え致しますので、確認、ご承諾ください。

【ご予約から症例相談までの流れ】

1. 申込みフォームから申込み (HPまたは、FAX等)

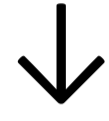


↓
2. 実施可能日のご連絡 (調整の可能性あり)



3. 実施日の確定

(初回新規の先生には予約時間数に応じた金額の請求書を作成/送付
→入金後に予約日の確認→実施日)



4. 症例相談時に必要な各種資料がある場合は、当塾に送付してください。
Zoomでの症例相談をご利用の場合は、下記①②よりご選択ください。

< ① 資料の送付 >

症例相談予約日前日までに患者情報(セファロ、パノラマ、顔貌写真、
口腔内写真、石膏模型等)をメールまたはご郵送ください。

※郵送の場合、往復の送料はご負担いただきます。また、日数に余裕を
もってお送りください。

※資料には、必ずご依頼者様のお名前、患者名をご記入ください。

< ② 資料の準備 >

症例相談当日実施時に、Zoomにて先生の方から相談症例の資料を
共有いただけるように準備をお願いします。

※資料の準備ができず、実施時間が経過してしまっても料金が発生
致しますので、ご注意ください。

※Zoom利用時の①送付と②準備の場合の違いについては、次ページの
【相談症例の提示方法】をご参照ください。

5. 当日、予約時間になりましたらこちらからお申込み時に記載
いただいた連絡先にお電話させていただきます。

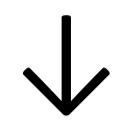


5. 当日、ご予約時間3~5分前になりましたらZoom を立上げて
ください。お時間になりましたら、こちらからZoomにてミーティ
ングへのお呼び出しをさせていただきます。





6. 症例相談実施。終了時に、所要時間と請求金額の確認。



7. 後日、郵送いただいた患者情報の資料を返送(返信用封筒やレターパック等の同封がない場合は、原則ゆうパック(着払い)にて発送します)



8. 同月末に請求書を郵送いたします。
(初回新規で延長料金が発生しない場合を除く)

【Zoomでの相談症例の提示方法】



Zoomによる症例相談時の資料の提示方法が①送付と②準備の場合で異なりますので、下記をご確認いただき、ご都合の良い方法で患者情報の資料をご送付または、ご準備ください。

①資料の送付の場合

症例相談時、事前にご提供いただいた患者情報の資料は、ご相談時に塾側からZoom画面を通して提示致します。

②先生ご自身で資料の準備をする場合

症例相談時、患者情報の資料は、先生ご自身でZoomの「画面共有」機能等を利用し、画面を通してこちらにご提示いただくこととなります。

※Zoom機能を使いこなせる自信がない場合は、①をお勧めします。

<送付先>

〒211-0063 川崎市中原区小杉町1-526-6 コスモ武蔵小杉204

TEL/044-722-7787 FAX/044-722-7892

さいとう歯動塾

お申込み：こちらの申込用紙でお申込みください。

F A X (044-722-7892) ・ ホームページからもお申込みできます。

([URL:https://www.ortho.jp](https://www.ortho.jp))

振込先： 三菱UFJ銀行 元住吉支店(254 もとすみよししてん) 普通 1206262

株式会社デントス 代表取締役 齋藤 茂※

※お振込先の名義には「カ)デントス」とご入力ください。

※初回新規の場合、お振込をもって正式なお申込となります。

振込み手数料は各自でご負担いただきますようお願い致します。

電話&オンライン矯正相談サービス

【相談方法】

電話

Zoom

相談して決めたい

【相談希望日】

お申込み日より一週間以上先の日程でご予約ください。

基本実施可能日は、平日(月～金曜日)9-17時です。

こちらで相談日を調整し、ご連絡致します。なお、ご希望日の中で実施可能な日がなく、

再調整させていただく場合もございます。予めご了承ください。

開始時間は24時間表記でご記入ください。開始時間の何分部分と希望時間何分間は、ご希望の時間にレ点を付けてください。

	()内に記入してください	24時間表記で記入	<input checked="" type="checkbox"/> にチェックを入れてください
<input type="checkbox"/> 第一希望	()月()日()曜日	開始時間()時	<input type="checkbox"/> 00分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 45分
		希望相談時間	<input type="checkbox"/> 15分間 <input type="checkbox"/> 30分間 <input type="checkbox"/> 45分間 <input type="checkbox"/> 60分間
<input type="checkbox"/> 第二希望	()月()日()曜日	開始時間()時	<input type="checkbox"/> 00分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 45分
		希望相談時間	<input type="checkbox"/> 15分間 <input type="checkbox"/> 30分間 <input type="checkbox"/> 45分間 <input type="checkbox"/> 60分間
<input type="checkbox"/> 第三希望	()月()日()曜日	開始時間()時	<input type="checkbox"/> 00分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 45分
		希望相談時間	<input type="checkbox"/> 15分間 <input type="checkbox"/> 30分間 <input type="checkbox"/> 45分間 <input type="checkbox"/> 60分間

氏名：

医院名：

住所：〒

TEL：

FAX：

※電話番号は、相談日当日に連絡がつく電話番号をご記入ください。

E-mail：

上記連絡先は(自宅・勤務先)である(該当に○)。当塾からの連絡は(TEL・FAX・メール)を希望します(該当に○)。

相談内容：

〒211-0063 川崎市中原区小杉町1-526-6 コスモ武蔵小杉204

TEL/044-722-7787 FAX/044-722-7892

URL:https://www.ortho.jp

さいとう歯動塾