

แผนที่และรายละเอียดของสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล **คลินิกทันตกรรมเซนต์หลุยส์**

สถานที่ตั้งเลขที่ **284** หมู่ที่ - **ซอย เซนต์หลุยส์ 3** แยก 14 ถนน **สาทร 11**

แขวง **ยานนาวา** เขต **สาทร** จังหวัด **กทม. 10120**

โทรศัพท์สถานพยาบาล **02-672-3299**

วัน เวลาเปิดให้บริการ **จันทร์ – อาทิตย์ 10.00 – 20.30 น.**

รถประจำทางที่ผ่าน

ให้ระบุสถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตได้ **ใกล้โรงเรียนอัสสัมชัญแผนกประถม และโรงเรียนทุ่งมหาเมฆ**

แผนที่แสดงที่ตั้งคลินิกโดยสังเขป

