

แผนที่และรายละเอียดของสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล **คลินิก บ้าน ฟอ. ฟัน**

สถานที่ตั้งเลขที่ **320/13-14** หมู่ที่ - **ชอย** - ถนน **ร่มเกล้า**

แขวง **คลองสองต้นนุ่น** เขต **ลาดกระบัง** จังหวัด **กทม.**

โทรศัพท์สถานพยาบาล **02-543-9099**

วัน เวลาเปิดให้บริการ **ทุกวัน 10.00 – 20.00 น.**

รถประจำทางที่ผ่าน **ปอ.8 , ปอพ.4 , ปอ.92**

ให้ระบุสถานที่ใกล้เคียงที่สังเกตได้ **แฟลต 1 การเคหะร่มเกล้า**

แผนที่แสดงที่ตั้งคลินิกโดยสังเขป

