FAX.03-3357-0035

FAX 在宅医療お問い合せシート

必須事項をご記入の上、当クリニックまでFAXにてご送信ください。
折り返し当クリニックの担当者からご連絡させていただきます。

※のついた記入欄は必ずご記入ください

※	ふりがな		
※	名前	性	名
※	住所	〒	
※	お電話番号		
	連絡を希望される時間帯 （ご希望の時間帯に印を付けてください）	□午前（ 9：00～12：00） □午後（13：00～16：00） □夕方（16：00～17：30） □特になし	

お問い合わせの内容

※詳細についてはお電話にてお伺いいたしますので、簡単にご記入ください。

医療法人社団 曙光会 コンフォガーデンクリニック
〒162-0054　東京都新宿区河田町 3-2
TEL.03-3357-0086　FAX.03-3357-0035