



FAX.03-3357-0035

FAX 在宅医療お問い合わせシート

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)	<input type="checkbox"/> 午前 (9:00~12:00) <input type="checkbox"/> 午後 (13:00~16:00) <input type="checkbox"/> 夕方 (16:00~17:30) <input type="checkbox"/> 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