



FAX送付先 043-301-2312

※送信案内文は不要です

お 名 前		年 齢 才	男・女		
無料相談希望日	年 月 日				
<u>ご希望の時間帯に○をつけてください</u>					
	10:30 ~ 11:00		13:30 ~ 14:00		15:30 ~ 16:00
	11:00 ~ 11:30		14:00 ~ 14:30		16:00 ~ 16:30
	11:30 ~ 12:00		14:30 ~ 15:00		
	13:00 ~ 13:30		15:00 ~ 15:30		
連絡先電話番号					
F A X					
メ ー ル					
相談内容	<u>傷病名</u> _____ _____ _____ _____ _____				
		受付日	事務局担当者印		

※コピーしてお使いください。