



FAX 093-471-1591

FAXお問い合わせ用紙

● お問い合わせ内容

[]

● 相談したい

オンラインで面談を希望（電話 or Web）

来院を希望（当社のサポート地区範囲※に限らせていただきます）

第1希望日 年 月 日（ ） 時頃

第2希望日 年 月 日（ ） 時頃

またはご希望の曜日と時間帯 曜日の 時頃

※サポート地区範囲 福岡県・大分県・山口県下関市

氏 名	
医療機関名	
電 話	
F A X	

※FAXを受信後、こちらから確認のお電話を48時間以内に差し上げます。
連絡がない場合はもう一度送信ください。

FAX 093-471-1591