

043-460-6676

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を差し上げます。

※のついた記入欄は必ずご記入ください

※	ふりがな		
※	お名前	性	名
※	ご住所	〒 _____	
※	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問い合わせいたしますので、簡単にご記入ください。

医療法人社団 曙信会 **曙ユーカリが丘クリニック**

〒285-0859 千葉県佐倉市南ユーカリが丘 2-1 100

TEL 043-460-6666 Fax 043-460-6676