



FAX 0197-61-5161

ホームケアクリニック えん 行き

黒のボールペン・サインペンなどでご記入ください。

一般のお問い合わせ

☐ 訪問診療について ☐ 訪問リハビリについて ☐ その他のお問い合わせ

- ・差支えない範囲でご記入いただき、ご送信ください。
- ・担当者からのご希望の回答方法に○を付けてください。
- ・担当者から回答を差し上げるために必要な情報は必ずご記入ください。

患者様の情報

患者様のお名前・性別・ご年齢	様 男・女 歳
患者様のご住所	市 町
ご連絡先	
連絡先の方のお名前	様
電話番号 (お電話での回答をご希望の場合必須)	曜日 時 分 ~ 時 分頃
FAX番号 (FAXでの回答をご希望の場合必須)	
ゼロとオー、イチと小文字のエルなどの注意書き→	
メールアドレス (メールでの回答をご希望の場合必須)	
担当者からのご希望の回答方法	電話 FAX メール
連絡先の方のご住所	市 町

お問い合わせの内容

--