

お問い合わせいただきまして有難うございます。

ご案内

※ご記入はボールペンでお願い致します

■太枠内をご記入頂き、下記番号まで送信下さい。

■担当者よりご連絡致します。状況によりご連絡に2~3日のお時間をいただく場合がございます。ご了承下さい。

■指定日時のご希望に添えない場合はこちらから別日をご提案致します。

ファックス送信方向

03-5933-3875

ファックス専用お問い合わせシート

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性	年齢	歳
お名前			<input type="checkbox"/> 女性		
ご住所	〒				
お電話番号				続柄	
ファックス番号					

お問い合わせ内容

■ご利用者の介護区分

要支援 1 要支援 2

要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5

■心身状況:

■お問合せ内容:

ファックスでのお問い合わせ

03-5933-3875

大泉「訪問リハビリテーション」

〒178-0063 東京都練馬区東大泉1-28-7 フォンターナ琴坂6階

Tel.03-5933-3870

受信日

令和 年 月 日 曜日

担当者

確認