

# FAX問い合わせ

このページをプリントしてご使用下さい

送付日 年 月 日

(財)結核予防会宮城県支部

行き

- 複十字健診センター 022-719-5166  
 健康相談所 興生館 022-221-4465

## ■お問い合わせの種類 該当する項目の□にレを入れて下さい

- 外来診療  施設内  出張(巡回)  募金  その他

## ■お問い合わせの区分 該当する項目の□にレを入れて下さい

- 内容について  申込・予約について  料金について  資料請求  
 ご意見など  その他

## ■お問い合わせの内容

## ■ご連絡方法 該当する項目の□にレを入れて下さい

- 指定なし  郵送  電話  FAX  Eメール  不要

## ■お客様情報

|                                |       |           |  |
|--------------------------------|-------|-----------|--|
| (フリガナ)<br>団体名・会社名              | ----- |           |  |
| 部 署                            |       |           |  |
| (フリガナ)<br>ご 氏 名<br>(団体の方はご担当者) | ----- |           |  |
| ご連絡先住所                         | 〒 -   |           |  |
| 電 話 番 号                        |       | F A X 番 号 |  |
| メールアドレス                        | @     |           |  |
| その他ご連絡事項                       |       |           |  |

- 診療行為にあたるようなご質問にはご返答できませんので予めご了承下さい。
- ご記入いただいた個人情報は、お問い合わせに関する連絡、当支部の診療・健診業務以外の目的には使用いたしません