

# FAX問い合わせ

このページをプリントしてご使用ください

公益財団法人 宮城県結核予防会

送付日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 行

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□にレを入れてください

外来診療     施設内健診     出張(巡回)健診     複十字シール募金     その他

## ■お問い合わせの区分

該当する項目の□にレを入れてください

内容について     お申込み・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

指定なし     郵送     電話     FAX     Eメール     不要

## ■お客様情報

(フリガナ) 団体名・会社名	_____様		
部署	_____		
(フリガナ) お名前 (団体の方はご担当者様)	_____様		
ご連絡先住所	〒 _____		
電話番号	_____	FAX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ください。

●ご記入いただいた個人情報は、お問い合わせに対するご連絡、当法人の診療・健診業務以外の目的には使用いたしません。