**FAX番号 :03-3722-6435**

# ＦＡＸお問合せ票

| | |
|---|---|
| **To：**<br>（宛　先） | 田園調布中央病院<br>**ウェルネス自由診療外来 問合せ窓口** 宛<br>お問合せ電話番号:0120 - 925 - 033　（ 月～金曜日 14:00-17:00 ） |

| | |
|---|---|
| **From：**<br>（送り主） | ご住所：　〒　　ー |
| | お名前（ふりがな）: |
| | お電話番号：　　FAX番号： |

**ウェルネス自由診療外来に関するお問合せは、出来るだけ詳細にお書きください。**

**希望回答方法**　　病院からの回答は、以下の方法を希望します。

□ FAXによる回答

□ 電子メールによる回答（メールアドレス：　　）

【 病院使用欄 】

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受領日 | | 受領者 | | 回答者 | /　年　月　日 |