

# 在宅医療お問い合わせシート

このPDFドキュメントを印刷して必要事項をお書き加えのうえ、当クリニックまでFAXにてご送信ください。折り返しソーシャルワーカー（MSW）など、当クリニックの担当者からご連絡を差し上げます。

医療法人社団黎明会  
大塚クリニック 本部

**FAX 03-3984-0230**

※のついた記入欄には必ずご記入ください

※	ふりがな		
※	お名前	姓	名
※	ご住所	〒 _____	
※	お電話番号	( )	—
	連絡を希望される時間帯 (ご希望の時間帯に印をつけてください)	<input type="checkbox"/> 午前 ( 9:00 ~ 12:00 ) <input type="checkbox"/> 午後 ( 13:00 ~ 16:00 ) <input type="checkbox"/> 夕方 ( 16:00 ~ 17:30 ) <input type="checkbox"/> 特になし	

お問い合わせの内容

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

※詳細についてはお電話にてお伺いいたしますので、簡単にご記入ください。

医療法人社団黎明会 大塚クリニック

〒170-0005 東京都豊島区南大塚 3-34-6 南大塚エースビル 401

TEL 03-3984-2246 FAX 03-3984-8812