

宛先 千葉中央ひかりクリニック 行

FAX : 043 - 306 - 2112

お電話でお問い合わせ頂く場合は FAX 不要です。(TEL:043-306-2111)

①おまなえ :

御名前 :

②性別 男性 ・ 女性

③生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

④御住所 〒

⑤訪問診療をご依頼になるまでの経緯 (お分かりになる範囲で構いません。)

⑥折り返し先電話番号 :

担当者より折り返し致します。今しばらくお待ち下さい。