

無料診断 お申込書

お申込日 年 月 日

フリガナ 患者さま氏名	性別 男 ・ 女
生年月日 明治・大昭・昭和・平成	年 月 日 歳
住所	
電話番号	
日程調整などのご連絡をさせていただける方 (ご本人さま・ご家族さま・後見人さま・ケアマネジャーさま)	
氏名	電話番号

お申込み方法 「FAX」または「お電話」にてご連絡ください。

FAXでのお申込みは上記のお申込書に必要な事項をご記入いただきお送りください。
ご連絡先は下記の該当エリアへお願いいたします。

■ **新潟エリア** FAX: 0250-24-9122 TEL: 070-3516-0208

■ **宮城エリア** FAX: 022-348-1076 TEL: 022-348-1085

■ **東京エリア** FAX: 03-6431-9879 TEL: 0800-600-6688

■ **大阪エリア** FAX: 072-749-2080 TEL: 072-749-2085

■ **福岡エリア** FAX: 092-892-5134 TEL: 092-892-5133