幸福堂返信用　ＦＡＸ：06-6195-1969

【中医相談申込用紙】

相談は予約制になっております。下記のお申込欄に必要事項をご記入いただき、幸福堂までＦＡＸをお願いします。折り返し弊社より、日時確定のご連絡を差し上げます。（ご予約は先着順となっております。お早めにお申込ください。なるべく希望日に添うように手配を致しますが、希望日が集中する場合がありますので第三希望までご記入いただきますようお願い申し上げます。）

《中医相談申込希望》

実施日　平成 28 年　　月　　日　　時

※9:00～18:00 までの間（詳しくは、お問い合わせください）

※必須事項　（日にちを記入のうえ午前か午後どちらか希望の時間帯を選んでください。

第一希望：　　日　・午前　・午後　　頃

第二希望：　　日　・午前　・午後　　頃

第三希望：　　日　・午前　・午後　　頃

※先着順に予約を設定させていただきますが、できる限り多くの方に中医師の相談が受けられるように調整させていただく場合がございます。

※必須事項

ふりがな

氏　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　e-クリニックＩＤ＿＿＿＿＿＿

※必須事項

連絡先　：＿＿＿＿＿-＿＿＿＿＿-＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※必須事項

E-mail　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※資料添付出来る様に PC アドレスの記入をお願いします。

ご紹介クリニック

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

予約のお申込は、

（幸福堂　FAX）06－6195－1969（24 時間受付）

まで

中医相談・その他に関する質問は、

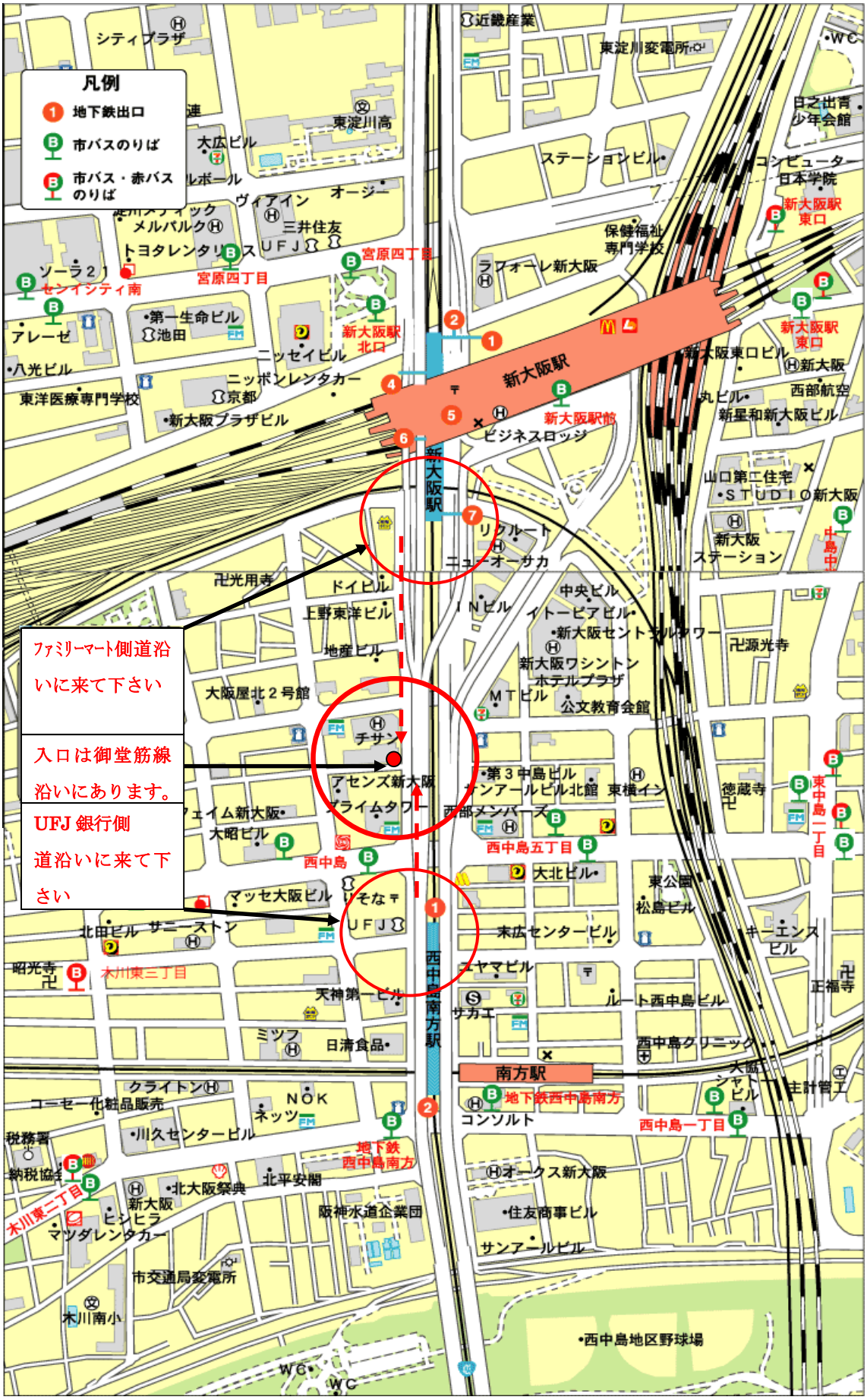
幸福堂　06－6195－1069（11:00～18:00※）

※不在時は留守電にご芳名と連絡先をお願いします。

こちらから折り返しお電話差し上げます。

Copyright (C) 2007 KOFUKU, INC. All rights reserved　不許複製

（e-クリニック付近地図）



Copyright (C) 2007 KOFUKU, INC. All rights reserved　不許複製