

# FAX番号:086-252-7111

平成 年 月 日

必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

ふりがな  
〈お名前〉

〈ご住所〉 〒

〈TEL〉

〈FAX〉

〈メールアドレス〉

〈ご年齢〉

〈お問い合わせになりたい内容、ご意見、ご希望などをご自由にお書き下さい。〉



一般財団法人 河田病院

TEL.086-252-1231 FAX.086-252-7111

ご記入いただいた個人情報は、当該お問い合わせへの対応に必要な範囲でのみ使用し、他の目的には使用いたしません。