

ご相談FAXシート

FAX送信先 0185-52-2514

実り居宅介護支援事業所 落合 行

※送付状は不要です。この用紙にご記入の上、送信してください

| | | | |
|---------------------------|--|---------|--|
| フリガナ | | | |
| ご相談者 お名前 | | | |
| 郵便番号 | 〒 | — | |
| ご相談者 ご住所 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 携帯番号 | | メールアドレス | |
| ご相談内容 | | | |
| 連絡方法 (どちらかにチェックしてください) | <input type="checkbox"/> 電話での連絡希望 ご希望の連絡時間帯 ~ <input type="checkbox"/> FAXまたはメール(どちらかに○をつけてください)にて返信を希望 (ご相談内容によっては詳しいご返答ができない場合もあります) | | |

- * 当事業所が取得しました個人情報の利用は利用範囲を越えては行いません。
また、第三者への個人情報の開示、提供は法令等による正当な理由がない限り、本人の承諾をなしに行いません。
なお、当事業所における個人情報に関する「個人情報保護方針」の詳細につきましては当事業所のホームページをご覧ください。