FAX　０７２－８７７－４８２６

大東・四條畷医師会　相談窓口　相談申込シート

ご　相　談　者		
氏　　名		電　話　　（　　）
勤 務 先		ＦＡＸ　　（　　）
職　　種		メール:

ご 相 談 内 容		
対象者 年 齢　（　　）才	性別　（ 男・女 ）	介護保険　要支援　１・２　未申請 要介護　１・２・３・４・５

ご相談内容　（以下のいずれかを〇で囲み、余白に趣旨をご記入ください）

（　医療に関する事　・　介護に関する事　・　医療と介護両方に関する事　・　その他　）

ご相談の趣旨

FAX受け取り後、折り返し電話にてご連絡いたします