

埼玉医科大学総合医療センター

難病支援相談室 FAX 予約申込書

FAX 送信先 049-225-2033

埼玉医科大学総合医療センター
難病支援相談室 あて

		申込日	年	月	日
フリガナ					性別
相談者氏名					男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (才)				
当院受診歴	有 ・ 無 (有の場合 診察券番号 _____)				
ご相談内容	(患者さんとの関係 : _____)				
日中連絡先 (携帯電話)	-	-	-	-	-
返信先 FAX 番号	-	-	-	-	-

注) 確認に数日お時間をいただく場合がございます。

また、匿名によるご相談や、難病支援相談以外のお問い合わせには対応いたしかねますのでご了承ください。