

FAX 連絡票 03-6277-4004

有限会社メディカルリサーチ 21 御中

点滴療法の個別指導について下記の通り希望します。

|       |   |       |  |
|-------|---|-------|--|
| 医 師 名 |   |       |  |
| 医 院 名 |   |       |  |
| 住 所   | 〒 |       |  |
| 電 話   |   | F A X |  |
| メ ー ル |   |       |  |

〈個別指導実施希望日〉

第1希望 月 日 午前・午後 時 分 ~ 時 分

第2希望 月 日 午前・午後 時 分 ~ 時 分

第3希望 月 日 午前・午後 時 分 ~ 時 分

〈打合せ希望日〉 事前打合せの日程を決めるため、こちらからご連絡させていただきます。  
10分程度お時間の取れるご希望の連絡日時をお知らせください。

第1希望 月 日 午前・午後 時 分 ~ 時 分

第2希望 月 日 午前・午後 時 分 ~ 時 分

第3希望 月 日 午前・午後 時 分 ~ 時 分

〈要 望〉 ご要望に合わせたプログラムをお組みいたしますので、ご記入ください。

---



---



---