

# お問い合わせ用紙(施設・事業所様用)

西片医療福祉研究会の対人援助技術コンサルテーションシステム等に関するお問い合わせを希望します。下記まで連絡をしてください。

平成 年 月 日

**御施設または御事業所の名称および住所・連絡先**

**ご担当者様**

**ご希望およびご相談内容**

(お差し支えなければ、概要をご記入ください。)

お問い合わせは、FAX 03-3823-5514 までお願いいたします。