

## お問い合わせ用紙(相談部門)

西片医療福祉研究会の相談システム等に関する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

**お名前**

**希望する訪問先**

**ご連絡方法・ご連絡先**

**相談の内容**

どなたの、どのような相談ですか。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。

西片医療福祉研究会