



FAX お問い合わせシート

下記の項目を全てご記入の上、FAX:03-5475-5077までご返送ください。
ご希望の連絡方法で、担当相談員より折り返しご連絡させていただきます。

※ご記入いただいた個人情報をご相談業務以外には使用致しません。

ご希望施設	ハートフル		ご希望日程	月	日
ふりがな お名前 (相談者) (必須)			性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
			年齢		歳
ご住所 (必須)	〒 -				
お電話番号 (必須)		FAX 番号			
E メールアドレス	@				
ご入居予定者様と ご関係		例：長男			
ご希望の連絡方法 (必須)	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> Eメール	（ ※ メール連絡をご希望の方は、 メールアドレス欄をご記入下さい。 ）	
連絡ご希望時間	午前 午後	:	~	午前 午後	: 頃
ご相談内容					