

# ご相談FAXシート

(本人様・ご家族・支援者用)

当センターに対するご相談は、このFAXシートに必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください(送付状は不要です)。

担当者よりお返事致します。お返事までに多少時間がかかる場合がございます。また、ご質問の内容を電話等で確認させていただく場合がありますのでご了承ください。

(フリガナ)	
※ご相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他
性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
年代	<input type="checkbox"/> 10代以下 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上
ご住所	〒 
※電話/FAX	
メールアドレス	
※ご相談内容	

宛先:南多摩地域リハビリテーション支援センター

東京都八王子市栢田町583-15

TEL:042-661-4025

医療法人社団永生会 地域リハビリテーション支援事業室 担当:木野田・石濱

**FAX宛先:042-666-5881**