

## お問い合わせシート

◆のある箇所は、必ずご記入(または選択)ください。

◆ご用件を お選びください。	<input type="checkbox"/> お問い合わせ <input type="checkbox"/> 無料相談のお申込み
お問い合わせの方は、 項目をお選びください。	<input type="checkbox"/> 医院開業について <input type="checkbox"/> 医業経営(増患対策など)について <input type="checkbox"/> スタッフ管理について <input type="checkbox"/> 医療法人(MS法人)設立・活用について <input type="checkbox"/> 資産運用について <input type="checkbox"/> 相続・事業承継について <input type="checkbox"/> 退職金・退職計画について <input type="checkbox"/> その他
◆ご相談内容	ご相談内容をご記入ください。
◆お名前	
◆ふりがな	
◆医院の所在する地域 (都道府県)	
医療施設名	お差支えなければご記入ください。
診療科目	できるだけご記入ください。
役 職	お差支えなければご記入ください。
◆メールアドレス	正確にご記入ください。(「I」や「l」などの英数字の違いがわかるようにご記入ください。)
電話番号	
FAX番号	

FAX受付後、2営業日以内に受付のご連絡をさせていただきます。

もし3営業日経ってもご連絡がない場合は、受信していない場合もございますので、再度送信いただくか、お電話にてお問い合わせください。