

# 介護保険に関する相談受付シート

この画面を印刷し必要事項をご記入の上、下記の番号へ FAX にて送信して下さい。

●名前	*必須	
●名前(フリガナ)	*必須	
●年齢(○をつけて下さい)	*必須	・ 40代      ・ 50代      ・ 60代以上
●性別(○をつけて下さい)	*必須	・ 男                  ・ 女
●住所	*必須	
●電話番号	*必須	
●FAX 番号	*必須	
●相談内容	*必須	

喜楽希楽サービス

FAX 番号      029-(835)-4901