

F A X 送信先 072-892-9932

社会医療法人 信愛会 交野病院 医局秘書宛

御問合せ日時

年 月 日

貴社名

部署 / 御担当者名

御連絡先 ※返信方法のご希望に○を付けて下さい。

TEL :

FAX :

MAIL :

御用件

御問合せ内容

送信枚数

枚 (本紙を含む)