

コムズケア お問い合わせ専用 FAX 送信シート

全て入力必須項目です。必ずご記入ください。
ご記入漏れがあった場合、ご返信ができない事もございますのでご了承ください。

■送信者の情報

お名前	フリガナ
FAX 番号 — —	電話番号 — —
ご住所 〒 — 県 市	

■入居予定の方の情報

性別 男性 ・ 女性	要介護度
年齢 歳	入居人数 人

お問い合わせ内容



FAX は、以下まで送信願います。

029-291-5616