FAX相談受付用紙

この用紙を印刷し、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。
FAXをお持ちでない方は郵送でも受け付け致します。お返事はお電話で差し上げます。

＊必須＊ 氏名（フルネーム）	ふりがな
相談者の年齢	・10代　・20代　・30代　・40代　・50代 ・60代　・70代　・80代　・90代　・100代
＊必須＊ 相談対象者の年齢	・10代　・20代　・30代　・40代　・50代 ・60代　・70代　・80代　・90代　・100代
＊必須＊ 相談者と対象者の関係	
職　業	
住　所	
＊必須＊ 電話番号	
＊必須＊ 電話希望時間	月・火・水・木・金・土・日 ：　～　：
＊必須＊ 相談内容	

●FAX番号：029-240-1557
●郵送先：〒310-0841　茨城県水戸市酒門町4637-2

特定非営利活動法人認知症ケア研究所　相談受付係まで