

※下記ご記入の上、FAXをお願いします。

海外医療支援協会 問合せ	
お問合せ日 : 年 月 日	
A ご氏名:	
B 連絡先	電話番号
	ファックス番号
	E-mail
C ご希望事項	
1. 現地医療機関情報	<input type="checkbox"/> コメント
2. 現地予約手配代行会社情報	<input type="checkbox"/> コメント
3. 内容	(1)人工透析 <input type="checkbox"/> コメント
	(2)在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> コメント
	(3)その他慢性疾患 <input type="checkbox"/> コメント
D ご旅行予定:	
1. 渡航希望地:	
2. 期間:	年 月 日 ~ 年 月 日
E ご連絡事項	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	