

## < 相談票 >

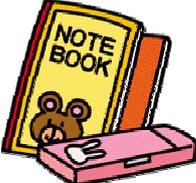
医療や認知症ケアについて、お困りのことがありましたら下記にご記入ください。

相談者氏名：

事業所名：

(FAX番号：

)



A large rectangular box with a folded bottom-right corner, intended for the consultation content.

お返事（回答者氏名：

)



どうぞお気軽にご相談ください。参考にしていただけましたら幸いです。

御所ヶ谷ホームクリニック・FAX 739-8521まで送信下さい。