

FAX 利用相談受付票（初回）

作成者：

相談日時	年 月 日	照会元	
相談者氏名		関係	
相談者連絡先			
利用者氏名		男	生年月日
		女	
利用者住所	〒		
利用者連絡先			
行政手続情報	手帳、年金、生活保護等で有の場合は区分・等級等、無の場合は希望する手続等 有・無・申請中：		
医療情報	かかりつけ医：		・未受診
《相談内容》			

FAX 送信先 株式会社ねこの手 018-838-7474