一般社団法人PSP・CBDのぞみの会

電話医療相談 申込票

FAX : 050-3488-1014

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 受付日 | 年　　 月　　　日 |

e-mail : psp-contact@googlegroups.com

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者名 |  | 男・女 | 年齢 |  | 電話番号 |  |
| 相談者 |  | 続 柄 |  | | 実 施 日 | 月　　　 日 |
| 住　所 |  | | | | Zoom希望 | あり　　なし |
| ご相談の要旨（質問事項） | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

沖山先生のお答え（ご相談時にご自分でメモしてください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

相談を希望される方は、上段太枠に記入のうえFAXまたはe-mailでお送りください。