

F A X03-3261-2263

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:200 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

2. 現地予約手配代行会社情報

3. 内容

(1) 人工透析

(2) 在宅酸素療法

(3) その他慢性疾患

D ご旅行予定:

1. 渡航希望地:

2. 期間:

2008年 月 日 ~ 月 日

E ご連絡事項

F A X03-3261-2263