

medifact club 医師への質問書（2）

FAX:03-5798-2448 / E-mail: support@medifact.co.jp

【依頼者記入欄】

申込日： 年 月 日

MFCID(E-mail)			
氏名		TEL	
フリガナ		FAX	
性別	男 女	勤務先名	
ご住所	〒		

医師名		開業区分	開業医 ・ 勤務医
施設名		診療科目	
質問 1 (200 字以内で お願いします)			
質問 2 (200 字以内で お願いします)			
質問 3 (200 字以内で お願いします)			

*医師の紹介を希望される場合は、医師 1 名で質問 1 項目となります。質問文末尾に必ず人数をご記入下さい。