

FAXお問合せフォーム

年 月 日

氏名	ふりがな
ご住所	〒
ご連絡先 <small>(*必ずご記入下さい)</small>	電話番号： FAX 番号： E-mail (お持ちの方)：
回答方法	電話 ・ FAX ・ E-mail (いずれかをご選択下さい)
ご連絡の取れる時間帯	(1)いつでも可 (1)10:00～12:00 (2)12:00～14:00 (3)14:00～16:00 (4)16:00～18:00 (上記以外) () 時頃 (いずれかをご選択下さい)
(下記のいずれかを○印で囲って下さい) 1.会員申込に関するお問合せ 2.サービス内容に関するお問合せ 3.検診に関するお問合せ 4.その他お問合せ	<お問合せ内容をご記入下さい>



メディファクトクラブ 運営事務局

〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿 1-8-6 共同ビル 6F

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