

## オアシスナビ相談センター FAX問い合わせシート

下記の項目を全てご記入の上、FAX03-3812-4523へご返送して下さい。  
ご希望のご連絡方法で、相談員から折り返しご連絡させていただきます。  
ご記入頂いた個人情報は「オアシスナビ相談センター」ご相談業務以外には利用致しません。  
当相談センターは、施設の「斡旋・紹介」を目的としておりませんので、お気軽にご相談くださいませ。

ふりがな	(必須)	<input type="text"/>		
お名前	(必須)	<input type="text"/>		
	(ご記入者)			
性別		<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
年齢		<input type="text"/>	歳	
郵便番号	(必須)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
住所	(必須)	<input type="text"/>	都道府県	<input type="text"/> 市区町村郡
	(必須)	<input type="text"/>		
電話番号	(必須)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/> - <input type="text"/> <small>丁目・番地マンション名・建物名など</small>
FAX番号		<input type="text"/>	-	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Eメールアドレス	(任意)	<input type="text"/> @ <input type="text"/>		
ご入居者様との関係		<input type="text"/>	例: 息子	
ご希望の連絡方法	(必須)	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> Eメール
ご連絡希望時間		<input type="text"/>	:	<input type="text"/> 頃
			~	<input type="text"/>
ご相談内容		ご相談例: 有料老人ホームに入居しても介護保険は使えますか？		

# FAX送信先 03-3812-4523

オアシスナビ相談センター フリーコール 0120-964-047  
暮らしは オアシスナビで  
<http://www.oasisnavi.com>

オアシスナビ