

日本赤十字社熊本健康管理センター

### がんよろず相談室 申込書

訴訟等の目的に使用しないこと及び自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上、がんよろず相談室への相談を申し込みます。

令和 年 月 日 相談者本人署名 \_\_\_\_\_ 印

本人以外の場合は関係者署名 \_\_\_\_\_ 印

相談者	(フリガナ) 氏名 性別	( ) 様 (男・女)
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒
	電話番号	( ) -
	携帯電話	( ) -
相談者の関係者 <small>*本人の場合記入不要</small>	(フリガナ) 氏名 続柄	( ) 様(相談者との続柄)
	住所	〒
	電話番号	( ) -
	携帯電話	( ) -
【相談内容】		
主治医がある場合は その連絡先	病医院名	主治医名 先生
	所在地 県	市・郡 町

(申込書送付先)

〒861-8528 熊本市東区長嶺南 2-1-1 日本赤十字社熊本健康管理センター お客様サポート課  
電話：096-387-6724 (平日9:00~16:00) FAX：096-387-6876