

ありがとう！スマイルプロジェクト

お申し込み・お問い合わせフォーム

送付先FAX: 03-6264-3016

email: zaidan@jptoho.or.jp

この度は、お申し込み・お問い合わせいただきありがとうございます。少しでも皆様のご要望に添う、オーダーメイドなボランティア活動が叶いますよう、下記のフォームに貴クリニック・病院に関する情報をご記入下さい。頂戴しました情報は、このプロジェクト以外の目的には使用致しません。また、現時点でお問い合わせに限る場合は、クリニック・病院名及びご担当者様の氏名とemailアドレスのみの入力で結構です。医鍼薬地域連携研究会担当者が折り返しご連絡差し上げます。

クリニック・病院名	
ご担当者様氏名	
ご連絡先電話番号	
email アドレス	
クリニック・病院のご住所	
鍼治療をご希望される方の人数 (大まかな男女の人数)	男性 (人くらい) 女性 (人くらい)
施術が可能な部屋の有無:いずれかに丸をつけてください	・ ベッド (台) 有り (複数台の場合) カーテンで仕切り可能・不可能 ・ 坐位での施術のみ
施術ご希望の日付と時間帯 (第3希望までご記入願います)	第一候補) 月 日午前・午後 時頃から開始 第二候補) 月 日午前・午後 時頃から開始 第三候補) 月 日午前・午後 時頃から開始
お問い合わせ・ご質問	