

# FAXお問い合わせ用紙



南国ライフケア株式会社

**FAX番号 099-248-8660**

この度はお問い合わせ有難う御座います。折り返しお問い合わせから数日以内に、担当者よりご連絡させていただきます。

お問い合わせの際にお預かりした個人情報は、プライバシーポリシーに基づき適切に利用させていただきます。

<b>お名前</b>	※必須	
メールアドレス (携帯メールは不可)		@
<b>連絡先電話番号</b>	※必須	
<b>ご住所</b>	※必須	〒 -
<b>お問い合わせ内容</b>	※必須	

よろしかったら、こちらの方もご入力をお願いいたします。

<b>ご入居を検討されている方との続柄</b>	
<input type="checkbox"/> ご本人様 <input type="checkbox"/> ご兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> ご子息様 <input type="checkbox"/> ご親族様 <input type="checkbox"/> ご友人 <input type="checkbox"/> その他	
<b>ご入居を検討されている方の年齢・性別</b>	
歳	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
<b>介護度</b>	
<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他	
<b>現在の状況</b>	
<input type="checkbox"/> お一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦2人暮らし <input type="checkbox"/> ご家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 他施設	
<b>ご入居予定</b>	
<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2,3か月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他	
<b>その他、ご質問など</b>	