事業協同組合全国鍼灸マッサージ師協会

FAX　０３－５３６６－５２６０

日付　平成　　年　　月　　日

＜審　査　係　宛＞　お問い合わせシート

会員番号									組合員氏名	
事務ご担当者の場合は右の欄もご記入ください。		治療院名		ご担当者名	
---	---	---	---	---	---

ご返答の方法を○でお選びの上、ご連絡先をご記入ください

	ＦＡＸで	－　　－	ご質問の内容によってはお電話とさせていただきます。
	お電話で	－　　－ 特にご都合のよい時間帯があればご記入ください。	**不問　・午前　午後　　時　　頃　過ぎ**

該当するご質問に○で囲み、内容をご記入ください。

ご質問は　**記入方法**　**同意書**　**往療**　**保険者返戻**　**協会返戻**　**その他**　について
ご質問内容
回　答　欄

※コピーしてご利用ください