

発信日 年 月 日

Skype 電話相談依頼書

命門堂漢方薬局 行

フリガナ		年齢	性別
お名前		歳	男・女
生年月日			
ご住所	〒		
TEL			
FAX			
E-mail			
ご相談内容			

お手数ですが、プリントをして FAX にて ご使用下さい。

送付先 命門堂漢方薬局 桜ノ宮店 fax 06-6882-3060