

お問合せFAXフォーム

お名前/ _____ ふりがな _____

ご利用者様年齢 _____ 歳 性別 男性 女性

住 所 _____

お電話 _____ FAX 番号 _____

送迎希望 希望します 自力で通えます (送迎不可)

選択して下さい

1 見学を希望します 2 相談を希望します

1 見学希望日をご記入ください。

第一希望 月 日 時ごろ

第二希望 月 日 時ごろ

2 相談を希望の方は下記に、ご記入ください。

FAX : 0155-66-4646

※上記の番号、お間違えないようお送りください。