

FAX お問い合わせシート

下記の項目を全てご記入の上、FAX:03-5908-2200までご返送ください。
ご希望の連絡方法で、担当相談員より折り返しご連絡させていただきます。

※ご記入いただいた個人情報は「ベストライフ」ご相談業務以外には使用致しません。

ご希望施設	ベストライフ <input style="width: 150px;" type="text"/>	ご希望日程	月 <input style="width: 30px;" type="text"/> 日 <input style="width: 30px;" type="text"/>
ふりがな お名前 (相談者) (必須)	<input style="width: 300px;" type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	<input style="width: 300px;" type="text"/>	年齢 <input style="width: 40px;" type="text"/> 歳	
ご住所 (必須)	<input style="width: 650px; height: 60px;" type="text"/>		
お電話番号 (必須)	<input style="width: 200px;" type="text"/>	FAX 番号	<input style="width: 200px;" type="text"/>
E メールアドレス	<input style="width: 650px;" type="text"/> @ <input style="width: 30px;" type="text"/>		
ご入居予定者様と ご関係	<input style="width: 200px;" type="text"/> 例：長男		
ご希望の連絡方法 (必須)	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> Eメール (※ メール連絡をご希望の方は、メールアドレス欄をご記入下さい。)		
連絡ご希望時間	午前 <input style="width: 60px;" type="text"/> : <input style="width: 60px;" type="text"/>	午後 <input style="width: 60px;" type="text"/> : <input style="width: 60px;" type="text"/>	頃

ご相談内容

FAX 送信先 03-5908-2200

フリーダイヤル 0120-515-472

<http://www.bestlife.jp>



ベストライフ