

ぬいぐるみ診良所



【ぬいぐるみ診察申し込み】 こちらの用紙を印刷してご記入いただき、ぬいぐるみと一緒にお願いします。

保護者様・患者様情報

保護者様		患者様 (ぬいぐるみ)	
お名前 (必須) 様		お名前	
ご住所 (必須)		様	
お電話 (必須)	FAX	種類	年齢
Eメール		色	サイズ

問診票 (患者様お一人につき1枚のご記入をお願いします。複数お申し込みの場合は患者様の人数分ご記入ください。)

症状を教えてください	ご希望の治療方法 (ありましたらご記入ください)
	ぬいぐるみ診良所に入院したことはございますか？
ぬいぐるみと暮らしてお困りのことはございますか？	
メッセージをどうぞ	

配送について

配送希望日 (希望日がありましたらご記入ください)	備考 (その他配送についてご希望がありましたらご記入ください)
年 月 日 ()	
配送希望時間 <input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 12時～14時 <input type="checkbox"/> 18時～20時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 20時～21時	

送り先 | 〒335-0022 埼玉県戸田市上戸田5-3-1 / TEL:048-229-3841
 FAX:048-229-4301 / Eメール:direct@encoton.jp
(株)アンコトン「ぬいぐるみ診良所」行き

