

暮らしとお金に関する相談申込書

申込日/ 年 月 日

申込者氏名			
住 所	〒		
連 絡 先	— —		
患者氏名		続 柄	
第 1 希 望 日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 14:00～	<input type="checkbox"/> 15:00～ <input type="checkbox"/> 16:00～
第 2 希 望 日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 14:00～	<input type="checkbox"/> 15:00～ <input type="checkbox"/> 16:00～
第 3 希 望 日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 14:00～	<input type="checkbox"/> 15:00～ <input type="checkbox"/> 16:00～

～ ご 相 談 内 容 ～

差し支えなければ、ご相談になりたい下記内容にチェック(レ)をつけてください

<input type="checkbox"/> 保険の加入・見直し	<input type="checkbox"/> 不動産運用	<input type="checkbox"/> 金融資産運用
<input type="checkbox"/> 相続・贈与	<input type="checkbox"/> 家計収支	<input type="checkbox"/> 年金
<input type="checkbox"/> 介護施設入居資金	<input type="checkbox"/> 生活設計	<input type="checkbox"/> 教育資金
<input type="checkbox"/> 退職後の生活設計	<input type="checkbox"/> 住宅購入・ローン	

その他ご質問・ご要望等ありましたらご記入ください

申込先：新潟脳外科病院 2F 総務課
025-231-5111(代表)