

# 癌の統合医療(概要説明)予約申込表

申込日:平成 年 月 日

氏名	
住所	
連絡先	
性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
年齢	( )歳
予約表	
月曜日～金曜日 午前9時～午後12時 午後2時～午後5時 土曜日 午前9時～午後12時  【お願い】下記希望日時は、第三希望まで記入して下さい。同じ枠に複数の申し込みがありましたら、先着順にうめますので、予約の変更をお願いすることもあります。 予約日時につきましては、確認後、メールまたは電話にてご連絡いたします。	
記入例:平成 19年 8月 28日 時間:(午前)午後 9時 30分	
第一希望日時	平成 年 月 日 時間:午前・午後 時 分
第二希望日時	平成 年 月 日 時間:午前・午後 時 分
第三希望日時	平成 年 月 日 時間:午前・午後 時 分
お聞きになりたい内容	リンパ球輸注療法 高濃度ビタミンC大量点滴療法 自家癌ワクチン療法 フコイダンカクテル療法
その他ご質問	



統合医療ハートフルクリニック  
 アンチエイジング&キレーションユニット  
 電話兼FAX番号:098-994-7436