

FAX 依頼用紙

FAX が届いてから
3 日以内に発送します



FAX 番号 044-385-3107

ご本人のお名前	
代理依頼の場合、代理人のお名前	
入院先病院名 (科や病棟も分かれば記入してください)	
入院日	
ご連絡先(メールアドレスや電話番号など)	
病院提携レンタル用品の使用有無(以下のどちらかにチェック✓をしてください)	
<input type="checkbox"/> レンタル用品を使います →レンタル用品と重複している物はお送りしません、リスト内の物資で <u>不要なものを下記に記入してください</u>	<input type="checkbox"/> レンタル用品を使いません →リスト内の物資を、初回は全て/二回目からは消耗品と飲食物をお送りします
不要な物：	
イメージ2種類のうちどちらをご希望されますか(以下のどちらかにチェック✓をしてください)	
<input type="checkbox"/> フラワーセット	<input type="checkbox"/> カフェセット
以前のご利用の有無(以下のどちらかにチェック✓をしてください) ※再入院の方は初めて依頼の方にチェック	
<input type="checkbox"/> 初めて依頼します	<input type="checkbox"/> 2回目以降です
洋服のサイズ (SMLに○をしてください) ※ご本人の性別に関わらず希望するサイズで大丈夫です ※女性用Sサイズは子供用160cmサイズの場合があります	<input type="checkbox"/> 男性用 S ・ M ・ L ・ LL <input type="checkbox"/> 女性用 S ・ M ・ L ・ LL
靴のサイズ(初回のみ記入)	c m
生理用ショーツ、生理用品の希望(○をしてください)	希望する / 希望しない
備考欄 (単品の依頼の場合や、特殊な事情がある場合もご記入ください)	

一般社団法人 Thoughtful Gift

ホームページ <https://www.thoughtfulgift.org/>

こちらから⇒
Web 依頼も出来ます

