

※センター記入欄※					
<b>TMS コンサルテーションセンター</b> <b>【お問い合わせシート】</b>				No.	
年 月 日					
いずれかを○で囲んでください。					
自治体		小児科	産科医療機関	検査機関	
ご 所 属					
部 局 ・ 科 ・ 課					
ご 芳 名					
日中の電話番号					
メールアドレス					
情報入手先	(このセンターを何でお知りになりましたか? 差支えなければご記入ください。)				
件 名					
ご 相 談 内 容					
*ご相談内容は 簡潔かつ具体的 にお願いしま す。					