

**【FAX送信の場合】** FAX 06-6347-1233

**【郵送の場合】** 〒530-0002 大阪府北区曽根崎新地1-4-20 桜橋IMビル4F  
Joe Clinic 相談係

---

※は必ずご記入をお願い致します。

**※お名前 :**

**※フリガナ :**

**※性別 :** 女性 ・ 男性

**※ご住所 :** 〒

**※年齢 :**

**※E-mail :**

**※電話番号 :**

**※FAX番号 :**

**ご相談内容**

※お問い合わせは、FAXでも受付けております。