

※センター記入欄※				
TMS コンサルテーションセンター 【お問い合わせシート】				
年 月 日				
いずれかを○で囲んでください（または、該当しないものを消す）				
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				
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。				