

FAXお問合せ用紙（このページを印刷してご利用ください）

FAX送信先：IFC東京オフィスFAX

(03)5785-0221 【24時間受付】



① お名前、年齢、Eメールアドレス

Eメール（お持ちの場合） _____

お名前 _____

ふりがな _____

ご主人の年齢 満 _____ 歳

奥様の年齢 満 _____ 歳

*年齢は、治療情報に関わる不可欠な情報です。
婚姻（事実婚も含む）されている方は、お二人共の年齢を必ずご記入下さい。

② ご関心を持たれているIFCプログラム

- ☐ 卵子提供
- ☐ 卵子提供＋着床前診断（PGT-A）
- ☐ 着床前診断（PGT-A＝着床前全染色体診断/男女産み分け）
- ☐ 着床前診断（PGT-M＝単一遺伝子遺伝病）

遺伝病・遺伝疾患の名称 _____

- ☐ 高度男性不妊治療
- ☐ 精子ドナー・体外受精（精子バンク利用）
- ☐ その他

③ これまでの治療歴、上記プログラムをご希望になる理由などを簡単にお書きください。

④ お問い合わせの内容は

- ☐ カタログ希望（次項でご住所をご記入ください）
- ☐ 個人面談（東京オフィス）予約希望（次項でご住所をご記入ください。面談に先駆けて資料をお送りします。）
- ☐ 電話でIFCのアドバイザと直接話したい
- ☐ ご質問事項をご記入ください

⑤ IFCからご連絡を差し上げる場合、どの方法が最適ですか？

ご希望のご連絡方法をご記入ください。

資料をご希望の方、個人面談予約をご希望の方は、下の欄にご住所をご記入ください。（面談に先駆けて資料をお送りします。）

☐ Eメール _____

☐ 携帯電話番号 _____

☐ ご自宅電話番号 _____

☐ その他電話番号 _____

☐ FAX番号 _____

ご住所

資料をご希望の方、個人面談予約をご希望の方は、下の欄にご住所をご記入ください。（面談に先駆けて資料をお送りします。）

●ご住所（都道府県含む）

郵便番号 _____

●ご住所ふりがな

どうも有り難うございました。IFCよりご指定の方法でご連絡申し上げます。

送り先FAX番号：IFC東京オフィス

(03)5785-0221