《問い合わせフォーム》

お問い合わせフォーム

ご相談内容　必須

（具体的に記載ください）

御所属

お名前　必須

　　　　　　性（　　　　　　）　名（　　　　　　）

　　　　　　ふりがな（　　　　　　　　　　　　　）

電話番号　必須

Emailアドレス　必須

岡山大学病院　病院事務部　研究推進課

患者申出療養送信先

メール：moushide@adm.okayama-u.ac.jp