

無料体験マッサージご利用申込書

※お電話にて相談させていただきますので、差し支えない範囲で結構です。

ご利用者様の 情報	ふりがな			【保険証の種類】			
	氏名	様		国保・後期・組合・(障)受給者証・生保			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢・性別	歳 (男・女)
	住所						
	電話番号						
	主な疾患名						

体験希望の内容	第一希望日時	月	日	～	
	第二希望日時	月	日	～	
	第三希望日時	月	日	～	
	施術内容のご希望				
以後定期訪問 (ご希望がある場合)	曜日	月・火・水・木・金・土			
	時間帯				

ケアマネージャー ご担当者様	事業所名・施設名				
	氏名	様			
	電話番号				
	FAX番号				

備考欄					
-----	--	--	--	--	--

FAX : 03-3677-1622

大淵訪問マッサージ

東京都江戸川区鹿骨4-22-4 ☎090-2467-5574