

訪問リハビリマッサージ おかざき治療院 施術申込書

下記申込書の必要欄にご記入頂き、
本紙をFAXにてお送りください。

あらためて訪問日のご相談、お身体の状況を伺いさせて頂いたあと、
お約束の日時にお伺いいたします。

ご利用者	お申込日	平成	年	月	日
	生年月日	大正・昭和	年	月	日
	ふりがな				
	氏名				
	訪問先住所	〒	—	電話	()

ご連絡者様	ご利用者様との関係				
	ふりがな				
	氏名				
	住所	〒	—	電話	()

訪問可能曜日時間	月	火	水	木	金	土

※ お申込み、ご相談はこちら
FAX : 042-793-4748
TEL : 090-7633-3725



おかざき治療院