

# 訪問リハビリマッサージ 無料体験お申込み用紙

おかざき治療院では、お身体に不自由を感じていらっしゃる方に、  
国家資格所持者による体験マッサージを実施しております。

ぜひ、お気軽にご利用ください。

必要事項をご記入頂き、本紙をFAX送信してください。  
当院より、あらためて訪問日のご相談、お身体の状況などの確認など、  
折り返しご連絡をさせていただきます。よろしくお願い致します。

受けられる方のお名前 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

性別 男・女

生年月日 明治・大正・昭和・平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ご担当者の事業所名 \_\_\_\_\_様

ご担当者名 \_\_\_\_\_様

ご担当者様 連絡先 \_\_\_\_\_

おかざき治療院

FAX 042-793-4748