

訪問リハビリマッサージ なごみ治療院 施術申込書

【ご利用方法】

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。
当院相談員より、あらためて訪問日のご相談、
お体状況のヒアリングをさせて頂いた後、
お約束の日時に施術師がお伺い致します。

ご利用者	お申込日		平成	年	月	日
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
	ふりがな					
	氏名					
	訪問先住所	〒 ー 電話 ()				
ご連絡者様	ふりがな				ご利用者様との関係	
	氏名					
	住所	〒 ー 電話 ()				
訪問可能曜日時間	月	火	水	木	金	土



※お申し込み、ご相談はこちら

FAX: 03-5794-0621

TEL: 0120-753-318

なごみ治療院(本院 事務センター)

東京都目黒区中町2-44-12

