

お申込み用紙

『訪問リハビリマッサージ治療』のご利用をご希望される方は、
下記の項目をご記入の上、お申込みください。
折り返し担当者よりご連絡いたします。

※印は必須項目です。必ずご記入頂きますようお願いいたします。

●お名前 ※	
●(フリガナ) ※	
●年齢 ※	歳
●生年月日 ※	明治・大正・昭和 年 月 日
●性別 ※	男性・女性
●郵便番号 ※	(例 352-0000)
●ご住所 ※	
●TEL ※	
●要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
●病名	
●症状	
●関連病院名	
●主治医名	
●介護事業者名	
●ケアマネージャー名	
●ご意見・ご要望	



リズム鍼灸マッサージ院

TEL:0120-524-553

FAX:048-487-8679

※電話は携帯電話へ転送されることがありますが、通話料金はかかりませんのでご安心ください。

※この用紙を直接 FAX で送って頂くことも可能です。その場合、2日以内にご連絡いたします。