

太陽堂 FAX 申込書

- 申込内容 : 無料体験マッサージ
 施術申込 (早急に同意書手配しますので最速でサービス開始できます)
- 連絡方法 : 利用者様へ直接連絡を希望
 事業所を介して日程を調整する

○事業者様情報

事業所様名	ご担当者様:	TEL:
-------	--------	------

○ご利用者様情報 (※ = 必須項目)

※氏名・フリガナ		※生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
※住 所		※性 別	男性 ・ 女性
※電話番号	03— —	(携帯)	
要介護度	(要支援) 1 2	(要介護) 1 2 3 4 5	非該当
症 状	該当の場合○ (関節拘縮あり 筋マヒあり 筋力低下あり 歩行困難)		
既往歴			
現病歴			
主治医	訪問マッサージの許可を(得ている 未確認)		
備考(ADL など)			
訪問希望日時			

在宅医療マッサージ 太陽堂 担当:嵯峨野 祐輔(さかの ゆうすけ)
〒175-0092 東京都板橋区赤塚 1-6-5 福新ビル 403
TEL 03-6780-4660

FAX 番号 → 03-6893-8975