

東京あしの治療院

訪問機能訓練マッサージ体験申込書

ふりがな

氏名：

性別： 男 ・ 女

生年月日： 明・大・昭

年

月

日

年齢：

歳

電話番号：

—

—

主な傷病

認知症 ・ 脳梗塞 ・ 糖尿病 ・ 高血圧

骨髄症 ・ 心疾患 ・ 癌 ・ C型肝炎

静脈瘤 ・ 透析

その他 特記事項 ()

訪問利用希望日

希望回数

火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土

週 回

ご家族も 1 回無料で 10 分体験マッサージ

希望する ・ 希望しない

TEL・FAX 03-5875-0934