

# 無料体験申込み用紙

令和 年 月 日

<送信先>はると在宅マッサージ

FAX : 082-555-3608

<送信者>

無料体験 希望日時	・月日 月 日 ・曜日と時間 曜日 時 分頃
患者氏名	(ふりがな)  (男・女)
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 生まれ (満 歳)
住 所	〒 _____ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名: _____)
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 介護者 (氏名: _____ 続柄: _____) ・電話 ( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ )
お体の状況 (差し支えない範囲で ご記入ください。)	・ _____ ・ _____ ・自立度 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 歩行不可 ・認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・・・生活に支障 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
紹 介 者	(ふりがな)  (続柄: _____)
住 所	〒 _____
連 絡 先	・電話 ( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ ) ・FAX ( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ )
備 考	・障害手帳 <input type="checkbox"/> あり 助成証 <input type="checkbox"/> あり 原爆手帳 <input type="checkbox"/> あり ・ ・

\*ご不明な点などございましたらご連絡ください。 はると在宅マッサージ / Tel.082-555-3608 (Fax 兼用)