

無料体験申込書

瀬野マッサージ院

TEL 075-953-3395

FAX 075-201-6901

基本情報 (ご本人様、もしくはご家族様がご記入ください)

ふりがな		性別	男性 · 女性
利用者名		生年 月日	T S H 年 月 日
住所			
希望連絡先	()	軽駐車 スペース	有 · 無
連絡先関係	利用者 · 家族 · ()		
連絡可能 時間帯			
紹介者			

医療情報 (主治医からの指示内容を、ご本人様、もしくはご家族様がご記入ください)

マッサージの 必要性	有 · 無
バイタルサイン上の留意事項 (施術基準での不適切項目)	有 · 無
その他 特記事項	FAX確認後、こちらから連絡致しますので、 その際お伝えください。