

オリーヴマッサージ治療院

訪問リハビリマッサージ 無料体験お申し込み用紙

FAX 番号 03-5426-4516

申し込み日（ 年 月 日 ）

必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号へ送信してください。
折り返しご連絡をさせていただきます。よろしくお願ひ致します。

| | | | |
|---------|-----------|-------|--|
| ふりがな | | | |
| お名前 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日(才) | 男性・女性 | |
| 施術場所ご住所 | | | |
| 電話番号 | | | |

| | |
|-------------------|--|
| 要介護度 | 【要介護】 1 2 3 4 5 【要支援】 1 2 なし |
| 病名等 | |
| 主な症状 | |
| 利用されている 介護サービス | ●訪問リハ (PT・OT・ST) (曜日) ●通所リハ <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土 ●訪問看護 <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土 ●訪問介護 <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土 |

体験日・訪問スケジュールについて（訪問できない時間・ご希望の時間など）

| | |
|-------|--|
| ご連絡方法 | () ご利用者様に直接電話をして体験日の相談をして下さい。 () ご利用者様に電話する前に事業所担当者に連絡をして下さい。 |
|-------|--|

| | |
|-------|--------------|
| 事業所様名 | ご担当者 TEL () |
|-------|--------------|

オリーヴマッサージ治療院

154-0014 東京都世田谷区新町 3-20-1-1F 0120-477-515

キ