

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 □月・□火・ □水・□木・□金・□土 ●訪問看護 □月・□火・ □水・□木・□金・□土 ●訪問介護 □月・□火・ □水・□木・□金・□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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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

キ

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