

## なでしこ治療院 訪問マッサージ FAXお問い合わせ用紙

FAXでのお問合せをご希望のお客様は、ご記入後、FAXにて送信して下さい。

※「\*」は記入必須項目です

	(フリガナ)	年齢	性別
お名前*		歳	男性・女性
ご住所*	(〒 - )		
	電話番号 ( - - )		
要介護度			
病名			
症状			

ご紹介者名	
ご紹介者の事業所名	

関連病院	
主治医様名	
介護事業所名	
ケアマネージャー様名	

ご意見・ご要望	
---------	--