

スリーケアの訪問リハビリマッサージ

# 無料体験のお申込書

FAX: 054-  
201-9765

無料体験をご希望の方のお名前と情報をご記入ください。

患者様 お名前	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和 年
			月 日 (才)
ご住所	(〒 - ) 静岡市 葵区・駿河区・清水区	電話番号 ( ) -	
お申込者様 お名前	フリガナ	お申込者様 ご連絡先 ( ) -	
	患者様とのご関係:( )		

無料体験をご希望の方の状況を簡単にご記入ください。

介護度	なし・ある ( 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 )
身体状況	傷病名・既往歴 ※さしつかえない範囲で結構です
	現在の身体状況 (右半身にマヒがある。腰に痛みがある。膝が痛い。など)
特記事項	※無料体験希望者に関する注意点や介護デイサービス(デイサービス、訪問入浴、訪問リハビリの日程等)

お電話でのお申込みはこちら



**054-283-3665**

月～土曜日 9:00～18:00



スリーケア訪問リハビリマッサージ