



無料体験 申込書

無料体験 申込書

FAX 048-456-5941



必要事項をご記入の上、このファックス番号へ送信ください。

■ お問い合わせ者様情報

フリガナ	
事業所名 (お名前)	
依頼者様名・	

① お問い合わせの内容 / ご希望の内容に当てはまる物に☑印をご記入ください。

<input type="checkbox"/> マッサージ	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練
<input type="checkbox"/> はり灸	<input type="checkbox"/> 骨折術後リハビリ
<input type="checkbox"/> 医療機器治療	<input type="checkbox"/> 歩行訓練
<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 筋カトレーニング
<input type="checkbox"/> その他()	

②状態 / 患者様の状態をわかる範囲でご記入ください。

--

③ 弊社スタッフが折り返しご連絡いたします / ご希望の内容に☑印をご記入ください。

<input type="checkbox"/> ケアマネジャー様にご連絡
<input type="checkbox"/> 患者様に直接ご連絡 / <input type="checkbox"/> ご家族様にご連絡

④ 折り返し先のご記入をお願いいたします。

フリガナ	
お名前 / 関係	
TEL	

アルク訪問リハビリマッサージ朝霞営業所 TEL048-483-4669
 埼玉県朝霞市岡3-10-17 ハイブリッジ朝霞106 FAX048-456-5941