

相談申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな お名前	男 女	(生年月日) 明大昭平	年	月	日
ご住所					
電話番号					
症状					
保険証の種類 助成保険証(障害・福祉等)を お持ちの方もご記入下さい					
折返し連絡する際 のご都合の良い時間帯					

みずの坂訪問サービス

(みずの坂鍼灸マッサージ整骨院)

瀬戸市本郷町5番地の1

TEL&FAX 0561-48-4881

携帯電話 090-2683-4881 (串田)

※ FAXは24時間受付

〈電話ご相談受付時間〉 ※ 火曜日と木曜午後は整骨院はお休みとなります。

平日 8:30 ~ 12:00 15:30 ~ 19:30

土日祝 8:30 ~ 14:00

上記以外の時間帯は携帯電話の方へご連絡下さい。

事業所名：

担当者名：

TEL：

FAX：
