



## ① お申込者さまについて教えてください

代表者お名前 \*必須

カナ  
.....

電話番号 \*必須 (日中連絡が取れる番号)

FAX 番号

.....

.....

メールアドレス (任意)

.....

ご住所 \*必須

〒 ..... カナ  
.....

施術希望日時 (第三希望日まで明記お願いいたします。)

例) 第1希望 2017.12.11 / 11:00-14:00の間 第2希望 2017.12.15 / 16:00以降 第3希望 2017.12.20 終日 など

第1希望日	第2希望日	第3希望日
.....	.....	.....

## ② 施術場所について教えてください。

施術希望場所 \*すでにお決まりの場合は教えてください。

〒 ..... カナ  
.....

広さ(何畳) ..... その他確認事項 (○か×でお答えください)

畳 ..... 洗場の有無  駐車場の有無  コンセントの有無

## ③ お支払いについて

お支払い者名

.....

施術を受ける方との関係 \*選択

本人  家族  職員

お支払い方法

.....

## ④ 施術希望人数と施術内容を教えてください。複数人いる場合は2ページ目の欄をコピーして追加してください。

施術希望者 \*必須

カナ  
.....

生年月日 (例) 1985/12.25

.....

年齢 \*必須

..... 歳

性別 \*選択

男  女

お体の状況を教えてください (○か×でお答えください)

1. 会話はできますか?  2. 椅子に座れますか?  3. 認知症の有無

4. 歩行は出来ますか? ×の場合はこちらにもチェック→ (  車椅子 or  ベット上 )

5. 付き添いをされる方はいますか? ○の場合はこちらにもチェック→ (  家族 or  職員 )

希望メニュー

.....

希望スタイル

.....

備考欄 (注意点などあれば教えてください)

.....

## ⑤ その他 不明点や気になる点などあればなんでもご相談ください。

.....

FAX 0246-27-6655