

FAX 送付状（ご利用者様 ご紹介用）

まごころマッサージサービス 行

FAX 050-3153-2961

御社名 (ご紹介者)	
ご住所	〒
連絡先	TEL FAX
担当者名	

ご利用者様 氏名	男 女	生年月日 MTS 年 月 日
住所	〒	
連絡先	TEL	FAX
ご家族の 連絡先	TEL 携帯番号:	FAX

担当医	(院名)	(医師名)
住所	〒	
連絡先	TEL	FAX

症状及び 要介護度	
備考	

※ ご利用者様をご紹介頂きありがとうございます。

誠心誠意担当させていただきます。

お問い合わせはこちらまで・・・

まごころマッサージサービス

〒350-1248

埼玉県日高市四本木二丁目1-7

Tel 042(985)5065 Fax 050(3153)2961