

訪問医療しんきゅうマッサージ利用申込書

令和 年 月 日

〒

住 所

電話番号 () -

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)

氏 名 印

医師の同意のもと、医療保険による訪問医療しんきゅうマッサージを受けることを希望いたします。

また、主治医に同意書を依頼する手続きを、もみのきに委任いたします。