

## 治療申し込み票

|               |  |
|---------------|--|
| 治療を受けられる方のお名前 |  |
| 現住所           |  |
| 連絡先           |  |
| 帰省先住所         |  |
| 連絡先           |  |
| 職業(学校名・学年)    |  |

|             |  |
|-------------|--|
| 学生の方は保護者の名前 |  |
| 住所          |  |
| 連絡先         |  |

|           |               |
|-----------|---------------|
| 希望治療期間    | 月 日 ~         |
| 治療院到着予定時間 | 月 日 午前・午後 時 分 |

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|