

# 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	
----	--