

体験在宅マッサージ治療申込書

FAX **020-4624-0411**

次のとおり体験マッサージを申し込みます。

申込日 平成 年 月 日 (この申込書を FAX してください)

申込者 (個人様)

氏名	
住所	〒
電話番号	
ご希望日	

申込者 (事業所様)

事業所名	
ご担当者名	
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
実施人数	
実施場所	(上記住所と異なる場合はご記入ください)
ご希望日	

送付先

アミュー在宅マッサージ川口店
担当 望月

FAX **020-4624-0411**

※ お電話でも受付をしております。

電話 **070-3207-0707**