



申込日 年 月 日

※必須

初診 再診

※ 必ずチェックしてください

ふりがな

お名前 ※

ご年齢

歳

ご住所 ※ 〒 -

都・道・府・県

TEL - - FAX - -

携帯電話 - -

E-Mailアドレス @

希望予約時間

第1希望

[例 : 4月1日(水) AM10:00]

第2希望

第3希望

症状 : (簡単にご説明ください)

質問事項 :

毎日 13:00 ~ 14:00 休憩を取らせていただきます。
月、金、土曜日 19:00 ~ 21:00 江陽倶楽部で治療します。
当日予約は、電話 (0463-61-7940) のみ受付となります。



FAX: 0463-61-7940 受付時間: 10:00-19:00

※FAXは紙詰まりなどのトラブルを考えた上で上記時間帯とさせていただきます。