★鍼灸マッサージ予約表★

場所：　　日時（　　月　　日）

本日治療家は＿＿名が来ております。
おひとり約　分程度の治療で、　時から　時まで受付しております。

〇状況によってはお待ちいただくこともございますが、ご了承ください。
〇治療をご希望の方は、下記の枠へお名前をフルネームでお書きください。
〇治療の前は5分程度お時間をいただき、問診と体温・血圧測定をさせていただきます。
※予定時刻にご不在の場合は次の方を優先させて頂きます。ご了承ください。

時　間	名　前（フルネーム）	名　前（フルネーム）	名　前（フルネーム）	名　前（フルネーム）
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～				
：　～	終了	終了	終了	終了

災害鍼灸マッサージプロジェクト