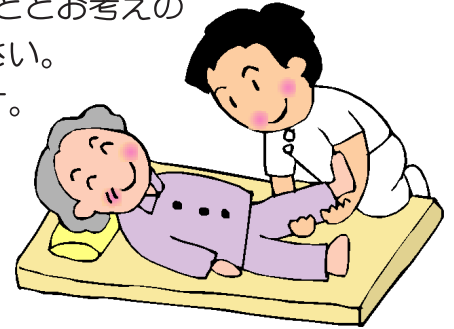


# 無料お試しのご案内

様

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。  
自立援助協会では、現在お試しマッサージを行っております。  
「マッサージを受けてみたいけども、一度どんなものが試してみたい」というご利用者や、  
「一度どんなものか見てみないと、人には勧めることが出来ない」などとお考えの  
ケアマネージャーの方がいらっしゃれば、ご遠慮なくお申し付け下さい。  
もちろん「お試し」ですから、無料にてサービスさせていただきます。  
予約制とさせていただきますので、希望される方は、  
お早めに申し付けください。



ご希望の方がいらっしゃれば、TEL または FAX にてご連絡下さい。  
FAX の方は下記にご記入の上、このまま送信してください。

事業所名：				
ご住所：				
担当者名：	役 職：			
TEL：	FAX：			
ご利用者名：	TEL：			
ご利用者住所：				
お試し希望日：	月	日	時頃	主治医：

ADL 状況	あてはまる項目にレ点を記載して下さい。				
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 歩行不可
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 全介助	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
筋麻痺	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	関節拘縮 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢		

当社の担当がお伺いし詳しく説明します。

注意事項

---

---

---

---

---

 **自立援助協会**<sup>®</sup>  
— 在宅療養マッサージ・各種保険適用（要医師同意書） —  
〒880-0022 宮崎市大橋3丁目134番地2  
TEL (0985)60-2884 FAX (0985)60-2886  
ホームページ <http://www.jek-miyato.jp/>  
事業本部相談窓口 ☎ 0120-442884

