

見学申込書

※ご利用申込みの際は、別紙「利用申込書」をご記入ください。

トータルリハセンター井土ヶ谷

045-714-1562

申込日 年 月 日

届出者	指定居宅介護 支援事業者					
	事業所番号					
	氏 名			申込者との関係	ケアマネジャー	
	住 所					
	電話番号			Fax番号		
利用希望者	ふりがな			性 別	男 女	
	氏 名					
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)				
	住 所	〒				
	電話番号			Fax番号		
	要介護区分	要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
	有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				

ご希望の欄にご記入願います。
*ご記入のない場合はこちらから希望者へご連絡させていただきます。

見学会送迎の希望 有 無

	見学会希望日	見学希望時間(*ご記入願います。)
第1希望		
第2希望		
第3希望		

送迎の関係上簡単で結構ですので、既往歴・身体状況をお伝え願います。

*事業所内あるいは個人的に身体リハや口腔ケアなどについて知りたいことや困っていることがありましたら教えてください。いつでも受け付けておりますので連絡をお待ちしております。

(例)担当している利用者様の口の中がきれいに保てていない。磨き方の指導方法が知りたい。 など

リハビリ型デイサービス
トータルリハセンター井土ヶ谷

1470502566
232-0051
横浜市南区井土ヶ谷上町15-9
045-714-1561
045-714-1562

事務欄

受付担当者	見学日	申込日		面接日	契約書	利用開始日	備 考