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	在	日	日
中丛日	4	月	Н

###	表現事業者 事業所番号 氏 名											
田田	田田											
出者 申込者との関係 ケアマネジャー 住: 所 電話番号 Fax番号 生年月日 明治 大正 昭和 年月日 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 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 第3希望	出者 申込者との関係 ケアマネジャー 住: 所 電話番号 Fax番号 生年月日 明治 大正 昭和 年月日 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 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 第3希望	屈	事業所番号									
住 所 電話番号 Fax番号 Fax番号	住 所 電話番号 Fax番号 Fax番号	出者	氏 名					申込者と	の関係	ケアマネ	ジャー	_
成名 性別 男女 生年月日 明治 大正 昭和 年月日 日(歳) 住所 〒 電話番号 要大護区分 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 見学会発望日 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	成名 性別 男女 生年月日 明治 大正 昭和 年月日 日(歳) 住所 〒 電話番号 要大護区分 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 見学会発望日 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		住所									
氏名 性別 男女 生年月日 明治 大正 昭和 年月日 (歳) 自 住所 下 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 第3希望	氏名 性別 男女 生年月日 明治 大正 昭和 年月日 (歳) 自 住所 下 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 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 第3希望		電話番号				Fax番号					
生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日 (歳) 住 所 〒 電話番号 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 第3希望	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 第3希望							性 別		男	ち	ζ
### 住 所 〒 電話番号	### 住 所 〒 電話番号	.1			 年	 月	日	(j	歳)			
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 第3希望	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 第3希望	训 			·		<u> </u>					
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 第3希望	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 第3希望	行 望 幺					Fax番号					
 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 	 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 	á]	要支援(1	• 2)		(1 · 2	• 3 •	4 · 5)	
 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 	 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 		有効期間		 令和 年	——— 月	日 ~	 ~ 令和	———— 年	 月 [
第3希望	第3希望							ます。				
			見学会送達	卯の希望		無	#		人願います	- _o)		
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。	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。		見学会送; 第1希望	卯の希望		無	#		人願います	-。)		
			見学会送 第1希望 第2希望	卯の希望		無	#		人願います	- _。)		
			見学会送 第1希望 第2希望 第3希望	印の希望 見学会希望日	有	見生	学希望時間	引(*ご記 <i>)</i>	人願います	-。)		
			見学会送 第1希望 第2希望 第3希望	印の希望 見学会希望日	有	見生	学希望時間	引(*ご記 <i>)</i>	人願います	-,)		
			見学会送 第1希望 第2希望 第3希望	印の希望 見学会希望日	有	見生	学希望時間	引(*ご記 <i>)</i>	人願います	-。)		
*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。			見学会送 第1希望 第2希望 第3希望 送迎の関係上 *事業所内ある	印の希望 見学会希望日 簡単で結構ですので	で、既往歴・身	無 見 学 体 状 が アなど	芸者望時間ごをお伝えこついて知	別(*ご記/) 願います。	や困ってい		ありま	Lた

ORAL CARE	
W TR N	
PH NOUS	

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