

■ 見学申込欄

見学申込日		平成 年 月 日		※見学申込の際は、太枠線内をご記入ください。 その他の項目については、必要に応じご記入ください			
届出者	事業所名				事業所番号		
	氏 名		本人 との関係	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他()			
	住 所	(※初回ご依頼時のみご記入ください)					
		(TEL)		(FAX)			
見学利用 希望者	ふりがな			性 別	男 女	生年月日	明治 大正 昭和
	氏 名						年 月 日 (歳)
	住 所	〒					
		(TEL)		(FAX)			
	要介護区分	要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)					
本人以外 と連絡希 望の場合	氏 名				本人との関係		
	住 所	〒					
		(TEL)		(FAX)			(E-mail)
							(携帯電話)
見学情報	見学ご希望日時			当センターを利用する目的、その他(既往歴・身体状況・ご希望等)			
		日付	時間				
	第1希望	/	:				
	第2希望	/	:				
	第3希望	/	:				
	見学人数	(本人含め) 名					

■ 利用申込欄

利用申込日		平成 年 月 日		※利用申込の際は、下記の欄をご記入ください。 また、見学申込時、必要に応じご記入ください。			
担当者会議 開催希望日			希望 曜日	週 回 (<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土)			
利用開始 時期			希望 時間帯	<input type="checkbox"/> 9:00～12:10 <input type="checkbox"/> 13:40～16:50			
利用時の 来所方法	<input type="checkbox"/> 送迎利用(<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 行き <input type="checkbox"/> 帰り) <input type="checkbox"/> 家族送迎(<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 行き <input type="checkbox"/> 帰り) <input type="checkbox"/> 他()						
連絡欄							

トータルリハセンター船橋

事業所番号:1270907502

〒273-0865 船橋市夏見1-10-30 高森ビル101 TEL047-423-6451

FAX **047-423-6452**

事務欄

受付担当者				備 考
見学日	申込日	契約日	利用開始日	