

■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	(TEL)		(FAX)			
見学利用希望者	ふりがな			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)	(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	