

見学・利用申込書

FAX : 03-6425-6825

申込日		年 月 日					
届出者	事業所名			事業所番号			
	氏 名	様		本人との関係			
	住 所	〒					
	連絡先	(TEL)			(FAX)		
希望者	ふりがな			性 別	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)
	氏 名	様					
	住 所	〒					
	連絡先	(TEL)			(携帯)		
	要介護区分	総合事業 ・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)					
キーパーソン	氏 名			本人との関係			
	住 所	〒 (TEL) (携帯)					
見学情報	ご希望状況				動作状況		
		日付	時間	人数	移動 (独歩・見守り・介助・車椅子) コミュニケーション (問題なし・難聴・構音障害) その他注意事項等 ()		
	第1希望	/	:	(本人含め)			
	第2希望	/	:	名			

希望曜日	<input type="checkbox"/> 週 回 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土)		<input type="checkbox"/> 曜日の希望なし	
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 9:00~12:10 <input type="checkbox"/> 13:30~16:40		送迎	<input type="checkbox"/> 送迎あり <input type="checkbox"/> 送迎なし
既往歴				

トータルリハセンター自由が丘	
〒158-0083 世田谷区奥沢3-45-10 アズマ奥沢コーポ1階 TEL: 03-6425-6825 FAX: 03-3728-0707	

事務欄				
受付担当者				備 考
見学日	申込日	契約日	利用開始日	