

# 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
	氏名						(携帯)
	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		