

## ■見学申込欄

|              |              |   |                          |   |                    |                            |  |
|--------------|--------------|---|--------------------------|---|--------------------|----------------------------|--|
| 見学申込日        | 令和 年 月 日     | ※見学申込の際は、太枠線内をご記入ください。<br>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         |   |                          | 性別  | 男 女                | 生年月日 明治 大正 昭和<br>年 月 日( 歳) |  |
|              | 氏名           |   |                          |   |                    |                            |  |
|              | 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)<br>(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。<br>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"/> 8:50~12:00 <input type="checkbox"/> 13:10~16:20   |  |  |
| 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幕張本郷

事業所番号:1270203159

〒262-0033 千葉市花見川区幕張本郷3-5-1 鈴善ビル1階 TEL043-275-2911

FAX **043-275-2912**

## 事務欄

|       |     |     |       |    |
|-------|-----|-----|-------|----|
| 受付担当者 |     |     |       | 備考 |
| 見学日   | 申込日 | 契約日 | 利用開始日 |    |
|       |     |     |       |    |