

見学・利用申込書

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 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				
	住 所	〒 (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						年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 (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・その他)			
	第1希望	/	:	(本人含め)	コミュニケーション (問題なし・難聴・構音障害・その他)			
	第2希望	/	:	名	その他注意事項等 ()			

※利用申込の際は、下記もご記入ください

希望曜日	週 回 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) / 曜日の希望なし					
希望時間帯	☐ 9:00~12:10		☐ 13:40~16:50		送迎	☐ 送迎あり ☐ 送迎なし
既往歴						
連絡欄						

トータルリハセンター成田

〒286 - 0035 成田市囃護台3-1-19 TEL : 0476 - 23 - 0471 FAX : 0476 - 23 - 0472

事務欄

受付担当者				備 考
見学日	申込日	契約日	利用開始日	