

## ■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。 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	□ ケアマネジャー □ 相談員 □ その他( )		
	住所	※初回ご依頼時のみご記入ください					
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 年 月 日 ( 歳 )
	氏名						
	住所	〒					
	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	〒		(E-mail)	(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 (□月 □火 □水 □木 □金) □土			
利用開始時期			希望時間帯	□ 9:00-12:15 □ 13:40-16:55			
利用時の来所方法	□送迎利用( □往復 □行き □帰り ) □家族送迎( □往復 □行き □帰り ) □他( )						
連絡欄							

トータルリハセンター柏

事業所番号:1272205368

〒277-0005 柏市柏6-7-10 葉山レジデンス1階

TEL04-7164-6321

FAX **04-7164-6322**

## 事務欄

受付担当者				備考	
見学日	申込日	契約日	利用開始日		