

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、必要に応じて記入ください。				
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	事業対象者 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 ()			

見学送迎 あり 無し

※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) / 曜日の希望なし / 未定		
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			
連絡欄			

トータルリハセンター下総中山

〒273-0035 船橋市本中山3-22-22 ATビル101

TEL : 047-332-7471 FAX : 047-332-7472

争務欄

受付担当者				備考
見学日	申込日	契約日	利用開始日	