

通所リハビリテーション 見学・体験申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
利用者		男・女	明治・昭和	年	月 日(満 歳)
住所	〒				
電話番号	自宅 ()		携帯 ()		

介護保険	無・有	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
------	-----	---------	---------------

希望内容	見学 ・ 体験
------	---------

希望日	第1希望	月 日 () 10:00 または 14:30 ※どちらか〇で囲み下さい
	第2希望	月 日 () 10:00 または 14:30 ※どちらか〇で囲み下さい
	第3希望	月 日 () 10:00 または 14:30 ※どちらか〇で囲み下さい

(見学・体験時の)送迎	希望する ・ 希望しない
-------------	--------------

緊急連絡先	フリガナ		性別	続柄
	氏名		男・女	
	住所	〒		
	連絡先	自宅 ()		携帯 ()

留意事項 (感染症等の留意点含む)	※パーソナリティーや疾患、日常生活について注意点がございましたらご記入ください。 <p style="text-align: right;">当院(きくち整形外科)受診歴 : あり ・ なし</p>
----------------------	--

介護支援専門員 (ケアマネジャー)	事業所名	TEL
	氏名	FAX

個人情報の取り扱いについて

- ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

FAX:042-443-0075