

見学申し込み用紙（ケアマネージャー様用）

見学希望日	第一希望	令和	年	月	日	・午前	・午後
	第二希望	令和	年	月	日	・午前	・午後
	第三希望	令和	年	月	日	・午前	・午後
送迎の希望	・希望します / ・希望しません						

見学者様の情報

※は必須項目です

施設にお客様用駐車場はございません

見学者様の氏名※	フリガナ 様（ 歳）男
見学者様の住所※	
見学者様の連絡先※	自宅： - - (携帯) -
要介護度※	申請中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
同行者様	なし / あり（見学者様とのご関係： ）
既往歴	
備考	
ご利用希望の曜日	午前： 月 火 水 木 金 ----- 午後： 月 火 水 木 金

申込者様の情報

サービス提供時間 午前9:00~12:05 午後13:45~16:50

居宅介護支援事業所	
担当者様	(フリガナ：)
連絡先	: - - (FAX) - -

送信先 いつものところリハビリデイサービス
F A X : 047-404-5968

施設から日程調整の返信が来ます。
ご質問などございましたらお気軽にお問合せください
T E L : 047-404-3968
千葉県船橋市高根台7-2-25フジビル1階