

夢の郷デイサービスセンター 利用申込書

施設長行

平成 年 月 日

| | | | |
|------------|-------------------------------------|-----------|-----|
| ↓ 申込者 | | 整理番号 | |
| ふりがな | | 性別 | 年齢 |
| 氏名 | | 男・女 | 歳 |
| 住所 | 〒 | TEL | () |
| | 市・郡 | | 町・村 |
| 介護度 | 要支援 | 要介護 | |
| | 1 2 | 1 2 3 4 5 | |
| 入浴 | 希望する (一般浴 ・ リフト浴) ・ 希望しない | | |
| 送迎 | 希望する (車椅子 : 使用する ・ 使用しない) ・ 希望しない | | |
| 機能訓練 | 希望する ・ 希望しない | | |
| その他の連絡先 | 〒 | TEL | () |
| | 市・郡 | | 町・村 |
| | 氏名 | 続柄 | () |
| 居宅介護支援事業所名 | 居宅介護支援事業所名 | | |
| | 担当者名 | TEL | () |

※太線の枠内をご記入下さい。

↓ 記入しないで下さい。

| | |
|--------|--------------------------|
| ケアマネ同行 | できる ・ できない |
| 訪問調査 | 平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分 |

◆郵送またはFAXでお申し込み下さい

お申し込みFAX番号 0584-28-0750

TEL 0584-28-0710
フリーダイヤル 0120-732-810