

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	生年月日	
氏名		男・女	歳	明・大・昭	年 月 日
住所	〒 —		TEL	() —	
	市・郡		町・村		
介護度	要支援 1 2		要介護 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

T E L 0584-28-0710
フリーダイヤル 0120-732-810