

作成日:令和 4年 月 日

お客様	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	ご氏名		男・女	昭和 年 月 日	歳
	ご住所	〒 —			
	保険者	被保険者番号			電話番号
					() —
		市	公費負担者番号		
	保険者番号	公費受給者番号			要支援1・2 要介護1・2・3・4・5

事業者様	貴事業所名		担当ケアマネジャー様	
		フリガナ		
		ご氏名		
	電話番号	FAX番号	指定事業所番号	
	() —	() —		

ご依頼内容	体験利用時間	3時間フルタイムで希望		短時間で希望		
	ご希望日(第3希望まで)			希望時間帯		
	第1希望	月	日	～		
	第2希望	月	日	～		
	第3希望	月	日	～		
	同伴のある方	あり・なし	送迎が必要な方	あり・なし	住居	独居・同居・施設
	歩行状態	杖	あり・なし	歩行器	あり・なし	階段昇降
注意事項	※ 予め弊社で留意すべき点がございましたら、ご記載下さい。 ※ 血圧が高いと運動が出来ないので、予めご確認お願いします。 ※ 既往症、感染症、麻痺状況など、身体状況をお書きください。					

☆ お申込みありがとうございました。細心の注意を払って下記の通りのお手配させていただきます。

お返事	日時	月 日 曜日	担当者	
	送迎時間	お迎え 【 時頃 】		お送り 【 時頃 】
	連絡先	お問い合わせは、高田宛 までお願いいたします。		

☆ お客様にご用意頂く物

施設内は、靴下で過ごしていただきます。運動をしますので動きやすい格好でお越しください。お飲み物もご用意しています。

TEL:06-4309-5805

FAX ⇒ 06-4309-5806



← 最新体験用紙ダウンロード
<https://recordbook.pro/mito/240-2/>