

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 ・ 女
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	TEL: - - (FAX) - -

送信先

いつものところリハビリデイサービス高根公団

FAX: 047-404-6669

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
TEL: 047-404-6668
千葉県船橋市高根台1-12-12第二大京ビル1階