

見学申込書 デイサービスひだまり

FAX 番号：03-6751-1207

【見学希望者】

名 前	フリガナ	性 別	年 齢
		男 ・ 女	歳
住 所			
電話番号			
介護度	要支援 1 2 事業対象者	○をつけてください	
	要介護 1 2 3 4 5		
見学希望 ※無料送迎 致します	第一希望：	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 14:30
	第二希望：	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 14:30
	第三希望：	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 14:30
	同行者	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー
既往歴・ 注意事項・ 希望 等			

【介護支援専門員、ケアマネジャー】

事業所名	
担当者名	
電話番号	