

通所介護見学依頼書

平成 年 月 日

〈ご担当者〉所属： _____

氏名： ケアマネージャー _____

TEL： () / FAX： ()

ご希望のサービスいずれかにチェックをお願いします

習志野偕生園デイサービスセンター

デイサービスセンターメタセ（認知症対応型通所介護）

利用者	フリガナ		要支援 ・ 要介護 []
	氏名	男・女	
	住所		☎ ()
	生年月日	〈 明 ・ 大 ・ 昭 〉	年 月 日 (歳)
	備考	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 被爆者手帳 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人による軽減	

以下ご記入をお願いします。

ご記入がない場合は、こちらからお問い合わせをさせていただくことがあります。

ご見学時の送迎希望	あり ・ なし
-----------	---------

	見学希望日	見学希望時間
第1希望	/	:
第2希望	/	:
第3希望	/	:

送迎時必要になりますので、以下既往歴・身体状況を簡単にご記入ください。

--