



一日体験申込書

〒479-0043 愛知県常滑市字古社6番地の2

TEL 0569-35-5255

FAX 0569-35-5501

担当 澤田 ・ 水野

申し込み日	年 月 日	第1希望日	年 月 日 ()	第2希望日	年 月 日 ()
ご紹介者名			ご利用者様との続柄		
電話番号			FAX番号		

フリガナ			性別	生年月日	
ご利用者様 氏名			男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)	
住所					
ご利用者様 電話番号			その他 連絡先		
介護度	要支援(1 ・ 2) ・ 要介護度(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 申請中 ・ 更新中				

ご家族様氏名			ご利用者様との続柄		
電話番号			FAX番号		

お食事・お体のこと等、注意すべき点がございましたらご記入下さい。