

デイサービス



介護センター **赤い屋根**

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 間瀬・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。

--