

体験通所・見学 申込書

申込日 : 令和 年 月 日

氏名		担当事業所	
連絡電話番号		ご担当者	
ご家族様		連絡電話番号	
連絡電話番号			

ご希望	<input type="checkbox"/> 体験通所 ・ <input type="checkbox"/> 見学		
人数	名		
ご希望日	① ②		
利用時間	① ②		
昼食	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食事形態	
入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 一般 ・ <input type="checkbox"/> 特浴
お客様情報	生年月日		歳
	要介護		支援区分
	歩行関連		排泄関連
	その他 :		

デイサービスセンター 千 寿

☎0544-59-0388 FAX0544-59-0133