

## 出石グランドホテル機能訓練特化型デイサービス 体験利用申込書

フリガナ			
利用者様名	様	性別	男性 ・ 女性
生年月日	昭和 年 月 日生 ( 歳)		
住所	〒		
体験利用についての 連絡先	本人 ・ ご家族等 (お名前 様・続柄 )		
	TEL		
緊急連絡先	お名前 様・続柄		
	TEL		
介護認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ 申請中 ・ その他 ( ) 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
体験利用 (希望) 日	第一希望	午前・午後	第二希望
	月 日	月 日	午前・午後
又は希望の曜日など			
送迎希望	往復 ・ 行きのみ ・ 帰りのみ ・ なし		
入浴希望	あり	・	なし
昼食 (午前利用のみ)	あり	・	なし
<small>入浴・食事利用の場合は、実費 750 円がかかります。</small>			
現病歴・既往歴			
公費受給	生保・被爆・その他	負担割合	一割・二割・三割
特記事項			
事業所名			
電話番号		FAX番号	
担当ケアマネジャー様名			

TEL 0796-52-0233

FAX 0796-52-0234

担当

この度はご紹介ありがとうございます。  
 体験利用についての連絡先に記入いただきましたお電話番号にご連絡し、  
 体験利用の調整をさせていただきます。  
 こちらの直接連絡で問題がある場合は、お知らせくださいませ。

