

見学申込書

FAX : 044-750-0731

平成 年 月 日

| | | | | | |
|------|-----|----|-----|---------|----------------------------|
| フリガナ | | 年齢 | 性別 | 介護認定 | 介護度 |
| お名前 | | 歳 | 男・女 | 有・無・申請中 | 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) |
| 住所 | 〒 - | | TEL | () | |

●依頼元(本人以外の場合、記入してください)

| | | | |
|-----|--|------|------------------|
| お名前 | | 依頼経緯 | [CM・訪看・主治医]の勧め |
| TEL | | | [本人・家族]の希望 |

●ケアマネージャー

●訪問看護

| | | | |
|-----|-----|------|-------------------|
| 事業所 | | 利用状況 | 利用中・利用していない・導入調整中 |
| お名前 | | 施設名 | |
| TEL | () | TEL | () |

| | | | | | |
|-----|------|---------|---------|------|-----|
| 希望日 | 第1希望 | 月 日 () | AM ・ PM | 希望時間 | 時 分 |
| | 第2希望 | 月 日 () | AM ・ PM | 希望時間 | 時 分 |
| | 第3希望 | 月 日 () | AM ・ PM | 希望時間 | 時 分 |

●その他 連絡事項等ありましたらご記入ください