



デイサービス無料体験申込書

この度は、無料体験にお申込み頂き誠にありがとうございます。

下記に必要事項をご記入の上、ご提出下さい。

(郵送または FAX でも受け付けております。)

お問合せ先 072-812-6956

FAX 072-812-6965

E-mail fujinoya@8303025.com

〒572-0013 寝屋川市三井が丘三丁目9番12号

デイサービスセンター 藤乃家

利用者氏名	(ふりがな)	性別	生年月日
	氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所〒	—	
相談者氏名	(ふりがな)	続柄	住所
	氏名		TEL :
介護保険情報	居宅支援事業所名	担当者	要介護度
			申請中 (申請日) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	連絡先 TEL :	() —	備考

心身の状態	麻痺	無・有	拘縮	無・有	言語障害	無・有
	視力障害	無・有	聴力障害	無・有	疼痛	無・有
	認知症	無・有	褥瘡	無・有	医療的処置	無・有
	食事	普通食・軟食・きざみ食・流動食・その他[]				
	排泄	トイレ・ポータブル・便尿器・オムツ・その他[]				
	入浴	自立・一部介助・全介助				
	移動	自立・見守り・杖歩行・シルバーカー・車いす				
	特記事項					

該当の項目にチェックをお願いします。

体験利用がしたい

(希望日 年 月 日 曜日)

利用したい

(希望曜日 月・火・水・木・金・土)

(希望サービス開始日 年 月 日 曜日)

その他 ()

※個人情報の取扱いに関しましては、当事業所ホームページ内プライバシーポリシーにてご確認下さいませ。