



## 施設見学申込書

作成日：令和 年 月 日

お客様	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	ご氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日	歳
	ご住所	〒 - ( ) -	電話番号	要介護区分 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	

事業者様	貴事業所名		担当ケアマネジャー様	
		フリガナ		
		ご氏名		
	電話番号 ( ) -	FAX番号 ( ) -	指定事業所番号	

ご依頼内容	ご希望日(第3希望まで)		希望時間帯	
	第1希望	月 日	～	
	第2希望	月 日	～	
	第3希望	月 日	～	
	同伴の方	あり ・ なし	送迎の方	あり ・ なし
	注意事項 ※既往症 ※感染症 ※麻痺状況	※ ご利用者さまを安全にお迎えするために、あらかじめ留意すべき点がございましたら、ご記載下さいますようお願いいたします。		

☆ お申込みありがとうございました。細心の注意を払って下記の通りのお手配させていただきます。

お返事	日時	月 日 曜日	担当者	
	送迎時間	お迎え 【 時頃 】 お送り 【 時頃 】		
	連絡先	お問い合わせは、0475-44-7880 までお願いいたします。		

- ①前日にご利用者様へ、ご予約の確認に加え、体調のご確認のご連絡をさせていただきます。
- ②別紙、事前ヒアリング事項につきまして、ご協力をよろしくお願いいたします。

TEL:

FAX ⇒ 0475-44-7881