

# 体験通所・見学 お申込書

申込日：平成 年 月 日

お客様氏名		担当事業所名	
連絡電話番号		ご担当者氏名	
ご家族様		連絡電話番号	
連絡電話番号			

ご希望	体験通所 ・ 見学		
人数	名		
ご希望日	① ②		
利用時間	① ②		
昼食	有 ・ 無	食事形態等	
入浴	有 ・ 無	種別	一般 ・ 特浴
お客様情報	生年月日	T・S・H 年 月 日	歳
	要介護度		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なでしこ  
Tel 022-232-7570 Fax 232-7573