

# 利用見学・体験 申し込み用紙

この度は、リハビリ特化型デイサービスリファインのお申込みいただきまして誠にありがとうございます。下記の必要記載事項にご記入の上、FAXにてご送付ください。

※見学の場合は、施設や運動、利用時の料金の説明を行います。約1時間で終わる形となります。  
 ※体験の場合は、実際のご利用時間に合わせた形（約3時間）となります。また体験の送迎は他のご利用者様と一緒にあります。なお、体験を途中で終了することはできません。ご注意ください。

※下記に見学もしくは体験、希望される方へ丸印をお付け下さい。

TEL 072-943-0911

FAX 072-943-0917

管理者 堀口 怜志

生活相談員 平地 奈苗

## 利用の（ 見学 ・ 体験 ）

ふりがな ご利用者さま氏名					様
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢 歳
介護度	要支援	1	2	要介護	1 2 3 4 5
ご利用者さま住所					
連絡先	本人・ご家族（ ）				様
電話番号	— —				
利用体験時の送迎の有無	送迎必要 ・ 送迎不要				
送迎車への乗り込み方法	車いす必要 ・ 車いす不要 ・ どちらでも可				
ご利用者さまの屋内移動方法 介助量	車椅子 ・ 杖歩行 ・ 伝い歩き ・ 独歩 ・ その他( ) 自立 ・ 見守り ・ 軽介助 ・ 中等度介助 ・ 重度介助				
ご利用者さまの屋外移動方法 介助量	車椅子 ・ 杖歩行 ・ 伝い歩き ・ 独歩 ・ その他( ) 自立 ・ 見守り ・ 軽介助 ・ 中等度介助 ・ 重度介助				
利用体験ご希望日	令和 年 月 日 ( 午前 ・ 午後 )				
疾患名・注意事項 (発症日の記載もお願いします)					

事業所名	
担当 CM	
連絡先	