

デイサービス 一日体験利用 申込書



住所：渋川市渋川1746-2
電話：0279-25-7234
ファクス：0279-25-7235

受付日 平成 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	様		男・女
	住所	〒	TEL	
	生年 月日	M・T・S	年 月 日	歳
	緊急連絡先	氏名(続柄) 様()		電話番号

●介護度 ・ 要支援() 要介護() 認定済・申請中・ 区分変更中

●体験希望日 月 日()

■以下の希望するサービスに○をつけて下さい。

■ 食事 普通食 形態 ()

■ 昼食後に内服薬のある方はご用意下さい。

■ 送迎 (片道 ・ 往復)

※原則的に、朝方『9時から10時のあいだのお迎え』、夕方『16時から17時のあいだのお送り』で対応させていただきます。この時間帯以外の送迎には、他ご利用者のサービス提供に支障が生じるため対応できない旨ご承知おき下さい。

■ 移動 (独歩 ・ 杖 ・ 手押し車 ・ 車椅子)

★ ご利用時はかかとのある履物(室内用)をご用意下さい。

★ 体験時の食事代は無料となっております。

★ 体験時の入浴サービスは行っておりません。個別マッサージは受けられます。

★ 個別マッサージは受けられます。

★ 当日のキャンセルは昼食等準備の都合上、お早めにご連絡下さい。

<備考>

居宅介護支援事業者

担当ケアマネージャー

様

TEL