

無料体験会申込用紙

※書ける範囲で結構ですので、お手数ですがご記入お願いいたします

ご担当	事業署名		
	ご連絡先	TEL	FAX
	ケアマネジャー		

体験会	体験希望日	年 月 日 ()	同伴者	・なし	・あり:
	連絡先	・本人	・その他	名前:	関係: TEL:
	希望 ※複数回答可	・入浴	・食事	・社会交流	・機能訓練

ご利用者情報	要介護度	・申請中		・要支援 1 2		・要介護 1 2 3 4 5						
	フリガナ			生年月日	明治							
	氏名				大正 年 月 日 歳 昭和							
	住所											
	電話番号											
	歩行	・自立	・一部介助	・全介助	・杖	・歩行器	・車椅子					
	排泄	・自立	・一部介助	・全介助								
	入浴	・自立	・一部介助	・全介助								
	食事	禁止食	・なし									・あり:
		形態	・普通食		・一口大	・キザミ						
	服薬	・なし	・あり:									
	既往歴											
	現病											
	特記											

見学・体験会 随時開催中！！
体験時はお食事代630円
頂戴しております。
お気軽にお問い合わせください♪

株式会社シンクスケアサービス
デイサービスセンター ハルム上坂部
 【事業所番号：2873006676】 通常規模型通所介護
 〒661-0979
 尼崎市上坂部3-29-8 松島整形外科2階
 TEL : 06-4960-7273
 FAX : 06-4960-7747
担当：立花 有加理 (管理者)