

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)