

デイサービスセンター 千の郷

一日体験利用申込書

1	利用希望日	令和	年	月	日	曜日
2	利用希望者の氏名	(男・女)				
3	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
4	介護度	要支援1・要支援2	要介護1・要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
5	入浴	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	(一般浴・機械浴・中間浴)		
6	食事	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	(食事形態)		
7	リハビリ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない			
8	送迎	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	(希望時間)		

体験利用中の万が一の事故等に関して当施設は賠償責任を負うことができません。
緊急時の対応は、主治医への連絡を行うなどの必要な措置を行わせていただきます。
同時に、申込者、緊急連絡先に報告させていただきます。

⊕ 体験利用の料金は650円となっております。
当日にご持参下さい。

上記の事に、同意したうえで体験利用を申し込みます。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

申込者氏名 _____ 印

(申込者) 住所 〒 _____

(申込者) 電話 () _____

利用者との続柄 ()

緊急連絡先氏名 _____

住所 〒 _____

電話 () _____

利用者との続柄 _____