

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 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 申請中 ・ 区変中				
5	入浴	☐ 希望する	☐ 希望しない	(一般浴・機械浴・その他)		
6	食事	☐ 希望する	☐ 希望しない	(食事形態)		
7	リハビリ	☐ 希望する	☐ 希望しない			
8	送迎	☐ 希望する	☐ 希望しない	(時間指定)		

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

家族様氏名

(〒 -)

(家族様) 住所

(家族様) 電話 () -

利用者様との続柄 ()

緊急連絡先氏名

家族様欄と同一の場合記入不要

住所 〒 -

電話 () -

利用者との続柄