

体験サービス利用申込書

申し込み日 平成 年 月 日
 FAX 06-6840-2334 (24時間受付)

フリガナ			
利用者さまのお名前	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
ご住所	TEL		() -
ご家族のご連絡先	お名前：		
	ご住所：		
	ご連絡先：		
ご利用の目的			
ご希望のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ		
ご希望日時	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
家族構成	<input type="checkbox"/> 同居 (名) <input type="checkbox"/> 独居		
現在のかかりつけ病院	病院名：		主治医：
現病歴			
要介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護度1・要介護度2・要介護度3・要介護度4・要介護度5		
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
担当ケアマネージャー			

○ご記入いただきましてありがとうございます。
 ○FAXにて直接、お申込みいただくか、ホームまでご持参ください。後日、電話にて連絡させていただきます。
 ○ご不明な箇所がございましたら下記担当者までお問い合わせ下さい。

〒560-0003
 大阪府豊中市東豊中町2-2-22
 医療法人 全心会 東豊中グループホームひかりの家
 TEL (06) 6840-2333 FAX (06) 6840-2334