

仙台市高砂デイサービスセンター体験利用申込書

仙台市高砂デイサービスセンター所長あて

下記のとおり体験利用を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
体 験 者 ご 氏 名	様					
住 所	〒 宮城野区			電 話		
区 分	豊齡フェック 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			
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 通所介護型(相当) <input type="checkbox"/> 生活支援通所型(緩和基準)		通所介護			
緊 急 時 連 絡 先	お名前		電 話		ご関係	
	※体験利用中に緊急事態が発生した場合、即時、上記緊急連絡先にご連絡いたします。					
主 治 医	病院名		電 話		診 療 科	
体 験 利 用 希 望 日	月 日 ()					
体 験 時 の 希 望 等	昼 食	形態・制限等	なし・あり []			
	服 薬	体験中の服薬	なし・あり 昼食前・昼食後・その他 [] 疾患名 []			
	入 浴	浴 槽 種 別	一般浴槽・特殊浴槽			
	送 迎	車イスでの乗降	なし・あり			
	その他					
特記事項						

事業所名	ご担当者名	TEL	
		FAX	

※体験費用は無料となります。昼食代も無料です。

※送迎をご希望の場合は、原則、当センターのご利用者様の送迎とご一緒の送迎となります。

※緊急事態が発生した場合、場合によっては、当方で責任を負えないこともありますことあらかじめご了承ください。

※上記以外の情報・資料等ございましたら、差し支えない範囲で添付願います。

仙台市高砂デイサービスセンター
体験利用担当：石川・倉持

所在地 仙台市宮城野区高砂1丁目24-9
電話 259-7861 FAX259-7882
指定事業所番号 No.0475200242
指定管理者 社会福祉法人仙台市社会福祉協議会