

ゆめフィット 体験申込書

フリガナ		生年月日 M・T・S
氏名	様	年 月 日
住所	〒 —	
電話番号	() —	
	携帯 —	—
保険状況	年金 ・ 生活保護	
介護保険認定有無	申請中 有 ・ 無	
認定日	年 月 日	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
上記ある場合 居宅介護支援事業所		
担当ケアマネージャー		
電話番号	() —	
要介護状態	自立	要支援1 要支援2
区分	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	
体験希望日	月 日	
	月	火 水 木 金
入浴の有無	有 ・ 無	
送迎の有無	有 ・ 無	
既往歴	
かかりつけ病院名	
主治医	
連絡先	TEL () —	
緊急連絡先		続柄

お問い合わせ

**(株)グローバルコミュニケーション
リハビリ型デイサービスゆめフィット**

〒532-0031

大阪市淀川区加島3丁目中2-19

加島プレミアムビル1F

TEL (06)6307-2355

FAX (06)6307-2366