

# 通所リハビリテーション 見学・体験申込書

西暦 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
利用者		男・女	齢・疋・聊	年	月 日 (満 歳)
住所	〒				
電話番号	自宅 ( )		携帯 ( )		

介護保険	無・有	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
------	-----	---------	---------------

希望内容	見学 ・ 体験
------	---------

希望日	第1希望	月 日 ( )	AM ・ PM	時間	:
	第2希望	月 日 ( )	AM ・ PM	時間	:
	第3希望	月 日 ( )	AM ・ PM	時間	:

(見学・体験時の)送迎	希望する ・ 希望しない
-------------	--------------

緊急連絡先	フリガナ		性別	続柄
	氏名		男・女	
	住所	〒		
	連絡先	自宅 ( )		携帯 ( )

留意事項 (感染症等の留意点含む)	<p>※パーソナリティーや疾患、日常生活について注意点がございましたらご記入ください。</p> <p>当院 (うなやま整形外科) 受診歴 : あり・なし</p>
----------------------	--

介護支援専門員 (ケアマネジャー)	事業所名	TEL
	氏名	FAX

## 個人情報の取り扱いについて

- ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

FAX: 045-370-6805

医療法人社団 日輝会 うなやま整形外科通所リハビリテーション