

体験利用申込書

記載例

介護老人保健施設 北星館行

令和 年 月 日

記入日を記載お願いします。

氏名 北星 太郎 性別 男 ・ 女

生年月日 昭和10年10月10日 84歳

住所 千歳市清流5丁目1番1号 電話番号 0123-40-2525

緊急連絡先氏名 北星 花子 続柄 妻 電話番号 0123-40-2526

住所： 同 上

どのような内容でもかまいませんのでご記入お願いします。

利用目的：リハビリをして散歩に出かけるようになりたい。

利用開始希望時期： 早々に ・ 今月中 ・ 来月に

利用希望曜日：~~月~~ ・ ~~火~~ 水 ・ 木 ・ 金

実際に利用を希望したい曜日があればご記入ください。

希望する体験：リハビリ 入浴 食事 レクリエーション 送迎

複数選択でもかまいません。

介護度：申請中・要支援 1・2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

担当事業所名:

担当ケアマネジャー名:

電話でもFAXでも受付しております
お気軽にお問い合わせしてください。



医療法人社団いすみ会 介護老人保健施設 北星館
通所リハビリ担当 地域連携室 戸村（とむら）まで
TEL：0123-40-2525 FAX：0123-40-2526