

体験利用申込書

介護老人保健施設 北星館行

令和 年 月 日

氏名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 月 日 _____ 歳

住所 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先氏名 _____ (続柄) _____ 電話番号 _____

住所 _____

利用目的： _____

体験希望時期： 早々に ・ 今月中 ・ 来月に _____

(希望日程がわかっている場合はご記入下さい) _____ 月 日

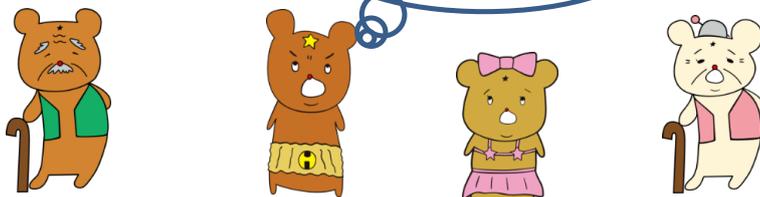
希望の曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 _____

希望する体験：リハビリ 入浴 食事 レクリエーション 送迎

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
お気軽にお問合せしてください。



医療法人社団いずみ会 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