



お試し利用申込書

お試し利用では、9:00～16:00（入浴なし）、一日無料でご利用いただくことができます。
但し、昼食代のみ（700円/税込）必要となりますので、予めご了承の程お願い申し上げます。

氏名			
住所	〒		
連絡先			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
要介護度	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		
ご希望施設名			
ご希望日 ※日曜日を除く	[第1希望] 月 日	[第2希望]	月 日
送迎	要 ・ 不要	食事	要 ・ 不要
ご紹介者	[事業所名]	[ケアマネージャー名]	

上記必要箇所をご記入の上、下記 FAX 番号へお送りください。
担当の者より、ご連絡させていただきます。

FAX : (052)-784-4106