見学申込書

【FAX 03-5876-3998】

地域密着型通所介護　cooking day えんがわ　　宛

利用される方	氏名	ふりがな	男・女	明治・大正・昭和 （　　歳） 年　　月　　日
	住所	〒　　－ 電話　　（　　）		
事業所	事業所番号 事業所名 担当介護支援専門員		電話　　（　　） FAX　　（　　）	

☛該当する箇所に〇印をつけてください

介護状況	要支援（ 1 ・ 2 ）　要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）・ 申請中		
立位	可 ・ 不可	**歩行状態**	自立 ・ 杖使用 ・ 歩行器使用 ・車椅子使用
意思疎通			

☛見学を希望される方はこちらにご記入ください

見学希望の方	見学希望日	年　　月　　日（　　）
	時間	午前 ・ 午後　　時　　分
	送迎	あり（　　名）・ なし
	送迎に関し、特記事項がございましたらご記入ください。	

☛利用を希望される方は該当する箇所に〇印をつけてください

利用希望の方	利用曜日	火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土　　週（　　回）
	送迎希望	あり ・ なし
	入浴希望	あり ・ なし　　週（　　回）
	介護における留意点・特記事項などがありましたら、ご記入ください。	

cooking day えんがわ（指定事業者番号：地域密着型通所介護1392200810、総合事業13A220676）

〒125-0042　東京都葛飾区金町5-1-16荒井ビル１F　TEL03-5876-3935　FAX03-5876-3998