

ポルテ平野 見学 申込書

予定日時	月 日 ()	AM (10時) ・ PM (14時)
ご利用希望及び見学内容	リハビリ	入浴 両方
送迎	要	不要
歩行	可	不可
歩行器 (押し車)	あり	なし
車椅子	ご本人用あり	施設の車椅子貸し出しご希望

※マンション・公営住宅等の場合、1階で待ち合わせとなりますので、宜しくお願い致します。

ご利用者情報

氏名	フリガナ	性別
		男 ・ 女
生年月日	T ・ S	年 月 日
住所		
連絡先		
要介護度	要支援 ()	要介護 ()

ケアマネージャー情報

事業所名	
連絡先	
氏名	

その他	有無の確認 フェイスシート ・ 介護保険証のコピー
-----	------------------------------

ポルテ平野 TEL 06-6711-0832
FAX 06-6711-0852