

# 山本医院 利用・見学申込書

申込み日： 平成 年 月 日

見学予定日時	月 日 ( )	時頃
送迎	要 ・ 不要	
歩行	可 ・ 不可	
歩行器（押し車）	有 ・ 無	
車椅子	有 ・ 無	
※有りの場合（どちらかに○をつけてください） ご本人様所有の車椅子 ・ 施設の車椅子貸出希望		

利用者様情報	
氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	
介護度	要支援 ( ) 要介護 ( )
ご家族様（付き添いの場合）	
氏名	
続柄	
住所	
電話番号	
ケアマネージャー様情報	
氏名	
事業所名	
連絡先	TEL : FAX :

医療法人嘉誠会 山本医院

