

新越谷病院
通所リハビリテーション見学申込書

記入日: 年 月 日

利用者様氏名	フリガナ (男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
住所	〒	電話番号	
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
緊急連絡先	フリガナ 氏名	(続柄:)	TEL: 住所:
主病名		発症日	
困っている事			
見学希望日	月(AM・PM)・火(AM・PM)・水(AM・PM) 木(AM・PM)・金(AM・PM)・土(AM・PM)	送迎 あり・なし 同乗家族()	
居宅介護支援事業所	事業所名:		
	ご担当者:		
	電話番号:	FAX番号:	

内容を確認させて頂き、改めてこちらからご連絡申し上げます。

IMSグループ 医療法人財団 明理会 新越谷病院 通所リハビリテーション
〒343-0815 埼玉県越谷市元柳田町6番45号 /TEL:048-971-8221 FAX:048-964-7155