

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 (続柄: ) TEL: 氏名 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