

# ～体験利用申込書～

令和 年 月 日

事業所名:

希望体験利用日:

第1希望 月 日( )

ご担当者様:

第2希望 月 日( )

ご利用者様氏名:

ご住所:

電話番号:

主疾患

食事形態:

\* お手数おかけしますが、本人様の基本情報も併せてFAXの返信をお願いします

\* 体験利用時間につきましては、9:15～15:00の間で調整させていただきます。

希望送迎時間がある場合は、相談に応じさせていただきます

\* リハビリ体験も行っています。

\* 食費と致しまして ¥650(税込)を頂戴いたしております

\* リハビリパンツ・パット・杖・歩行器が必要でしたらお持ちください

医療法人公道会 公道会病院デイケアセンター

事業所番号 2711504874

〒537-0013 大阪市東成区大今里南5-4-9

TEL 06-6753-7400 Fax 06-6753-7401