

デイサービス秋桜 見学申込書

デイサービス秋桜 行き

年 月 日

ふりがな		生年月日	大正・昭和 年 月 日		
本人氏名			月	日	生まれ
要介護度	予防 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				
住所	〒				
TEL		FAX			
介護支援 事業社名		介護支援 専門員名			
事業所 住所	〒				
TEL		FAX			
希望利用曜日 ・ 午前 午後 (○をつけて下さい)					
	月(/)	火(/)	水(/)	木(/)	金(/)
午前 (10:30 ~11:45)					
午後 (13:00 ~14:45)					
備考(同伴者・ご本人の疾患など、特記事項を記入してください)					

【お問い合わせ】

デイサービス秋桜

事業所番号: 1371210467

〒158-0081

住所: 東京都世田谷区深沢 7-22-12 1F

TEL 03-6432-1819

FAX 03-6432-1820