



お申込方法

担当のケアマネジャーさんにご相談いただくか、ふたたびの森までお電話かFAXにてご連絡下さい。

利用者様 氏名		
利用者様ご家族 代表者 氏名		
ご住所		
電話		
FAX		
担当ケアマネジャー	事業所名	
	氏名	
要支援・要介護認定 ※該当に○を付けてください。	要支援	1 ・ 2
	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	申請予定	
ご希望のサービス	ショートステイ / 通所リハビリ / 訪問リハビリ	
	曜日	
	時間帯	
メモ欄		

TEL : 028-689-9730

お電話いただく際に、上記の情報が分かるとスムーズです。

FAX : 028-689-9731 または **028-689-9735**

FAXでお申し込みの場合、後日こちらから確認のお電話か受付完了のFAXをお送り致します。



サービス内容やご相談はお気軽にお問合せください。

TEL : 028-689-9730

