

お試しステイ ふたたびの森 申込書

申し込み年月日	年 月 日
本人氏名	
生年月日	M・T・S 年 月 日
住 所	〒
電話番号	
担当事業所	
ケアマネジャー	
希望日	月 日 ~ 月 日
ご要望(複数回答可)	雰囲気を楽しみたい・リラックスしたい・リハビリしたい ステイ先を今後探している・ご家族の休養・介護の相談
その他ご要望・ご意見をお書きください	
<p>その他連絡事項 (お試しステイは1泊2日 午前10時お迎え、午後3時お送りになります)</p> <p>お試し利用扱いの為、介護保険請求は致しません。居室料、食費(自費)のみのご請求となります。</p> <p>当日、利用料金 6,500円をご持参下さいますようお願い申し上げます。</p> <p>また、ご利用に当たっての情報提供として、フェースシート・診療情報提供書等がありましたら お申込書と同時にFAXをお願いいたします。</p>	

〒321-0132

宇都宮市雀の宮6-5-5

在宅リハビリ支援施設 ふたたびの森

(ショートステイふたたびの森)

TEL:028-689-9730

FAX:028-689-9731

