

ファミリークリニック 訪問リハビリ宛 FAX: 042-369-8861

TEL: 042-369-1161

FAX申込書

ご利用者様お名前 _____

御申込者 _____ 続柄 (_____)

ご住所 〒 _____ 東京都 _____ 市 _____

お電話番号 _____ (_____)

FAX番号 _____ (_____)

※お申込み事業者名 _____ 御担当者 (_____)

事業所お電話番号 _____ (_____)

希望する曜日・日時

第一希望 _____ 曜日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____

第二希望 _____ 曜日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____

第三希望 _____ 曜日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____

現在の介護度 I ・ II ・ III ・ IV ・ V ・ 要支援 I ・ 要支援 II ・ 未認定

現在の生活でお困りのこと

[_____]