

SPA NAKAGAWA 野草園(7~9H) (1単位)利用・体験申込書

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日		大正・昭和 年 月 日生(歳)		
	性別		男・女		
要介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				
住所	〒				
TEL	携帯番号				
FAX	(誰の)		ご本人・家族()・他()		
担当 事業所名	担当 CM名				
事業所 住所	〒				
TEL	FAX				
利用希望曜日 (希望に○して下さい)	月	火	水	木	金
9時~12時30分					
送迎は希望ですか?(はい・いいえ)	片麻痺(あり 右・左 / なし)				
体験時の昼食希望(する・しない) ※要予約のため必ずご記入ください	杖・歩行器(あり・なし)				
備考(疾患、入浴、食事についてなど、特記事項を記入してください)					

・体験時間及びお迎えの時間については応相談となります

【お問い合わせ・申込先】

SPA NAKAGAWA

事業所番号:0475402491

〒982-0843 宮城県仙台市太白区茂ヶ崎3丁目11-10

TEL:022-393-8749 / FAX:022-393-8294