

SPA NAKAGAWA 学舎(3~5H)

(2・3単位)利用・体験申込書

令和 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
(午前) 9時~12時30分					
(午後) 1時50~5時20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

SPA NAKAGAWA 野草園(7~9H)

(1単位)利用・体験申込書

令和 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