

デイサービス体験申込書

この度は、無料体験にお申込み頂き

✉ olive.amagasaki@gmail.com

誠にありがとうございます。

TEL 06-6430-9577

下記に必要事項をご記入の上、

〒661-0965

兵庫県尼崎市次屋1-14-15

FAXもしくはメールにてご提出下さい。

オリーブ

利用者情報	(ふりがな)	性別	生年月日
	氏名	男・女	明・大・昭
	住所	TEL	年 月 日
介護保険情報	居宅介護支援事業所		担当者
	連絡先 (TEL)	備考	
	介護度 申請・区変中 (申請日) 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		

心身の状態	麻痺	無・有	拘縮	無・有	言語障害	無・有
	視力障害	無・有	聴力障害	無・有	疼痛	無・有
	認知症	無・有	褥瘡	無・有	医療的処置	無・有
	水分	制限 無・有		とろみ 無・有		
	排泄	自立・一部介助・全介助				
	入浴	自立・一部介助・全介助・リフト				
	移動	自立・見守り・杖歩行・歩行器・車いす				
	特記事項					



LINEでもお問合せ受付可能です！

該当の項目にチェックをお願いいたします。

体験利用がしたい (第一希望日 月 日 曜日)

(第二希望日 月 日 曜日)

ご利用開始の場合の希望曜日 (月・火・水・木・金・いつでも)

時間帯 (午前・午後)

FAX 06-6430-9579

※可能であれば、フェイスシートの添付もお願いいたします。

