

介護老人保健施設通所リハビリテーション
(介護予防通所リハビリテーション) 利用申込書

年 月 日

おおい町保健・医療・福祉総合施設
介護老人保健施設
施設長 白崎 信二 様

申込者 氏名 ㊟

利用者との続柄()

おおい町保健・医療・福祉総合施設 介護老人保健施設「なごみ」のサービスの利用を申込みます。

利用者	氏名	フリガナ -----	男・女	明治 大正 昭和 年 月 日 歳
	住所	〒 -	電話 F A X	
連絡先 ①	氏名	フリガナ 続柄 ()	電話 (自宅) (F A X)	
	住所	〒 -	(携帯)	
連絡先 ②	氏名	フリガナ 続柄 ()	電話 (自宅) (F A X)	
	住所	〒 -	(携帯)	
かかりつけの医療機関 (医療機関名) (担当医)		ケアマネージャー (事業所)		
希望理由	1. リハビリ (日常生活の訓練)	要介護 (支援) 認定		
	2. 保養			
	3. 家庭での介護が困難	希望される 月日	年 月 日 ~	
	4. その他 ()	希望の曜日	曜日	
現在の生活場所	自宅 施設 (名称: 介護老人保健施設 ・ グループホーム ・ その他) 病院 (名称:)			
ご意向がございましたらお書き下さい。				