**やわらぎ卓球デイサービス無料体験利用申込書**

**ご利用者様**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **性別** | **生年月日** | | **介護区分　要介護** |
| **氏名** |  | **男女** | **年　月　日生** | | **自立、要支援１２** |
| **住所** | **郵便番号** | | | **電話**  **携帯** |  |
|  |
| **緊急連絡先氏名、ご利用者との関係** |  | | | **電話** |  |
| **携帯** |  |

**ご利用希望時間、日時　約９０分です。要介護者は2時間以上です。祝日は休みです。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **希望日　月　　日** | **月　　火　　水　　金** | **希望時間** | 1. **１０時半　　②１時半** |

**ご利用者様の情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病歴** | **既往歴　現在の病歴　投薬状況など** | | |
| **内科主治医** | **氏名** | **住所** | **電話番号** |
| **内科以外** |  |  |  |
| **内科以外** |  |  |  |

**運動歴　卓球経験など**

|  |
| --- |
|  |

**送迎の希望　　　　①有　　　　　　②無し**

**担当ケアマネージャーまたは地域包括支援センター担当者**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業者名** |  |
| **氏名** |  |
| **電話　FAX** |  |
| **携帯** |  |

**やわらぎ卓球デイサービス　電話090-3928-0797（携帯優先）**

**FAX　06-6356-3221担当福田英夫まで**