イムス埼玉越谷病院
通所リハビリテーション見学申込書

記入日:　　年　　月　　日

利用者様氏名	フリガナ （男 ・ 女）	生年月日	M・T・S　年　月　日（　歳）
住所	〒	電話番号	
介護度	□ 申請中　□ 要支援 1 ・ 2　□ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
緊急連絡先	フリガナ　（続柄:　）TEL: 氏名　住所:		
主病名		発症日	
困っている事			
見学希望日（可能日）	月（AM・PM） ・ 火（AM・PM） ・ 水（AM・PM） 木（AM・PM） ・ 金（AM・PM） ・ 土（AM・PM）		
居宅介護支援事業所	事業所名:		
	ご担当者:		
	電話番号:	FAX番号:	

内容を確認させて頂き、改めてこちらからご連絡申し上げます。

IMSグループ　医療法人財団　明理会　イムス埼玉越谷病院　通所リハビリテーション
〒343-0838　埼玉県越谷市蒲生4-13-23　/TEL:048-984-7631　FAX:048-984-7864