

スマイルステップ川口《見学・相談》申込書

スマイルステップ川口 宛

TEL 048-285-4141

FAX 048-285-6600

※記入できる範囲で記入下さい。

申込日	令和 年 月 日					
申込内容	見学体験 ・ 相談					
フリガナ						性別
ご利用希望者 氏名 生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)					男 ・ 女
ご利用希望者 住所						
電話番号	自宅	- -		携帯	- -	
要介護度	総合事業 要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		申請中	
認定の有効期間	H R 年 月 日		~		H R 年 月 日	
かかりつけ	病院名			主治医	電話	
現在加療中の病名						
既往歴						
フリガナ						
ご家族 氏名					続柄	
ご家族 住所					備考	
緊急連絡先	自宅	- -		携帯	- -	
相談内容 (利用内容等)						
ADL	移動	自立 ・ 一部介助() ・ 全部介助()				
	福祉用具	杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子				
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全部介助 ・ おむつ使用					
利用希望	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	いつでも可
希望の曜日・時間帯に ○をお願いします	AM					
	PM					
見学希望日	令和 年 月 日()				AM	PM
送迎希望	希望する			希望しない		
備考欄						
※送迎時間、連絡時間 等のご希望がございましたらご記入下さい。						

※お手数でございますが、見学希望日の2~3日前までに、上記までFAXにてお知らせ下さいませようお願い致します。

事業所名		事業所番号	
担当者名		電話	
		F A X	

スマイルステップ川口

事業者番号 1170205080

電話番号:048-285-4141

FAX:048-285-6600

住所:川口市鳩ヶ谷緑町2-20-1

営業時間 月曜~金曜日 午前8:30~午後5:30 ※祝日も営業します。