

FAX 送付表

送付日 : R5年 月 日
送信元 :
電話 :
FAX :

ふじあく光荘 相談員 宛
(大川原・飯田)

FAX : 0276-32-5188

TEL : 0276-32-1212

medi VR カグラ 体験会 参加申し込み用紙

下記に体験希望日・時間・カグラ利用者様名の記入をお願いいたします。介護認定を受けている利用者様に関しては、要介護度・担当ケアマネ等の記入もよろしくお願いいたします。

日程調整の上、再度ご連絡させていただきます。何かご質問等あれば、事前に記入していただければ幸いです。

	希望日・曜日	希望時間
第1希望	月 日 曜日	時～
第2希望	月 日 曜日	時～
参加利用者名	要介護度：	
ご連絡先		
同行者名		ご関係：
		ご関係：
居宅介護支援事業所名		
担当ケアマネジャー		
質問がありましたらご記入ください		

※ 来所される際には、感染対策に十分に配慮のほど、よろしくお願い致します。

※ 基本は16時～ですが、16時以外の時間をご希望の方は、希望時間をご記入ください。