



## 体験利用申込書

体験を希望されるご利用者様

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日
ご住所			
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		

担当されている居宅介護事業所もしくは地域包括支援センター

事業所名	
電話番号	
担当者氏名	

体験当日について

送迎	希望する	・	家族にて送迎
体験コース	一日体験		

※一日体験ご希望の場合は、昼食代は実費です。  
※機能訓練・入浴は見学のみです。

特記事項、ご希望などございましたらご記入下さい。

--

デイサービス・リハビリセンター わおん 大垣市加賀野5丁目24番地1  
受付時間 午前8:00～午後6:00

TEL 0584-47-7555 FAX 0584-47-7557