日野クリニック 通所リハビリテーション 無料体験申込書

TEL：072－276－5112　FAX：072－276－5701

【お申込み時の注意事項】

・要支援・要介護認定を受けられている方で、一般的なフィットネスルームと同様に自立の上、主体的に行動でき、かつ特別な医療行為が必要でない方に限らせていただきます。

・体験利用中に起こった転倒事故等、当院に責のない事故に関しては、補償いたしかねましすので、ご了承の上、お申込みください。

体験希望日：　　　月　　　　日（　　　）

フリガナ

体験者氏名：　　　　　　　　　　　性別：　男 ・ 女

生年月日：　明治 ・ 大正 ・ 昭和　　　　年　　　 月　　　 日　　　　歳

住　　　　所：

電話番号：

介護度：　支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5

現在通院中の疾患：

ｹｱﾌﾟﾗﾝｾﾝﾀｰ名：

住　　　　所：

電話／ＦＡＸ：

フリガナ

担 当 者 名 ：

体験目的：

趣　　　　味：

申込日：　　　/　　　（　　　）

受付者：

H31.4改　　ク-119