

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：

ケアプランナー名：

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：