

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 : 072-231-9497

【お申込み時の注意事項】

- ・要支援・要介護認定を受けている方で、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：