

# 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： \_\_\_\_\_