

三重県立志摩病院 通所リハビリテーション利用申込書

令和 年 月 日

三重県立志摩病院 通所リハビリテーション 御中

利用申込者 氏 名 印

三重県立志摩病院通所リハビリテーションのサービスの利用を申し込みます。

利用者	氏名	フリガナ	男・女	明治	年	月	日	歳
				大正				
	住所	〒		電話	(自宅)			
					(携帯)			
連絡先	氏名	フリガナ	電話	(自宅)				
				(携帯)				
	住所	〒		(勤務先)				
身体 の 状 況	主な病気		かかりつけの医療 機関	(医療機関名)				
				(担当医)				
	要介護度		ケアマネージャー	(事業所)				
	介護申請中 (月 日 申請)			(担当者)				
介護負担割合		割		TEL FAX				
利用希望日	令和 年 月 日より 月 火 水 木 金 週 回							
希望理由								
現在の居住先	自宅 その他		名称					