

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				