

# 自立支援特化型デイサービス たびのすけ

デイサービス体験申込書

令和 年 月 日

利用者氏名	ふりがな	性別	生年月日
	氏名	男・女	大・昭 年 月 日
	住所		
	電話番号		

相談者氏名	ふりがな	続柄	
	氏名		
	住所		
	電話番号		

介護保険情報他	居宅支援事業所名	担当者
	氏名	
	要介護（ ）・要支援（ ）・申請中	
	連絡先TEL：	
	心身状況など	

体験希望日	月 日（ ）	お迎えの時間	その他	
		時 分	車いす	有・無
			杖	有・無
		駐車場 有・無	歩行器	有・無

「旅行に行ける身体作り」がコンセプト 半日型デイサービス  
 大阪市東成区東中本3-3-6  
 ☎ 06-6732-4515 担当 山川洋子  
 fax 06-6732-4516