

井原市立井原市民病院
通所リハビリテーション申込書

井原市立井原市民病院
通所リハビリテーション 事業管理者 殿

記載日：平成 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	住所	井原市	町	
	電話番号	(0866)	—	
	要介護状態	要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）		
ご家族	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			
ケアマネ	担当者			
	事業所名			
	電話番号			
送迎希望	有 ・ 無			
調整連絡先	本人 ・ 家族 ・ ケアマネ			

※ 申し込みを希望される方は、ご記入の上、リハビリテーション科までお持ちいただくか、FAXにて送信してください。折り返しご連絡いたします。

問い合わせ先：リハビリテーション科（中島 楠間）9:00～16:00
TEL：(0866) 62-1133
FAX：(0866) 62-1275