



Halsa Community  
ハルサコミュニティ

ケアマネージャー様・ご家族様／ご見学・体験会 事前申込書

# ハルサコミュニティ

## 羽田大鳥居

月 日

FAX 03-5735-1057

### 下記の項目をご記入ください

第1希望

月 日 ( ) ▶

時頃

9:30 ~ 12:00 / 13:30 ~ 16:45 の間でご指定ください。

第2希望

月 日 ( ) ▶

時頃

送迎希望 ▶ あり・なし

(ケアマネージャーの方はご記入ください)

事業所名 ▶

お申込み  
代表者のお名前 ▶

(よみがな)

参加人数 ▶

名様

コメント欄

(ご家族様はご記入ください)

ご住所 ▶

TEL ▶

FAX ▶

### ご利用を希望されるご本人様

可能な範囲で結構ですので、ご記入をお願いします。

お名前 ▶

(よみがな)

生年月日 ▶

明治 ・ 大正 ・ 昭和

年 月 日

※Oをつけてください

介護度 ▶

認定前 / 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

ご住所 ▶

送迎希望 ▶ あり・なし

送迎希望 ▶ あり・なし

TEL ▶

歩行状況 ▶ 自立 ・ 杖 ・ 車いす

※ 職員の介助により乗車が可能な方に限らせていただいております。

その他ご連絡事項

折り返し確認のお電話をさせていただきます。(担当：奥田 正康)

TEL 03-5735-1056

FAX 03-5735-1057