

デイサービスセンタール・ソラリオン西新井 見学申し込み

申込日:令和 年 月 日

見学希望者名		男・女	年齢	歳
介護度 ○してください	要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5			
住所	足立区			
電話番号				
疾患名				
同行者の有無	有（人数： ）・ 無			
見学利用希望日時	月 日() : ~ :			
	※日曜・祭日は行っておりません			

担当ケアマネジャー様 氏名	
居宅名	
電話番号	

その他ご希望・配慮が 必要なことがありまし たらご記入ください	
---------------------------------------	--

<申込・問い合わせ先>

電話:03-3899-3005
FAX:03-3899-3085
デイサービス相談員まで