

FAX 076-231-4140

申込先 社会医療法人財団松原愛育会 松原病院  
デイケアすまいる

デイケアすまいる 無料体験 申込書

体験される方	ふりがな 氏名 _____ 男・女
	年齢 _____
	住所 _____
申込者	名前 _____ 続柄( )
	電話番号 _____
担当ケア マネージャー	無・有 (担当者名 )
昼食体験	する(費用負担なし)・しない
	昼食体験される方へ、アレルギーはありますか 無・有 ( )
体験希望日	月 日 ( )
	月 日 ( )
	月 日 ( )

平日 9 時～15 時の時間帯で、申込者へご連絡させていただきます。