



体験依頼書

体験希望日

令和

年

月

日

()

なまえ		性別	生年月日	電話番号
名前	様	男 女	歳	
住所	要介護度 認定期間 まで			
	要支援 1 2			
	要介護 1 2 3 4 5			

既往歴

☆デイサービスへの希望欄☆

サービスの体験時間・入浴希望・食事の形態など何でもご記入下さい。

☆連絡事項☆

疾病や食事アレルギーがあれば記入して下さい。 昼食後の薬 ある ない

担当介護支援専門員
事業所名

依頼者氏名

電話：

FAX：

体験希望先 ※希望されるデイサービスに☑チェックをお願い致します。

デイサービス であいの華

電話：092-213-0006

FAX：092-213-0004

デイサービス であいの絆

電話：092-567-8181

FAX：092-213-8180

デイサービス であいの絆 長住

電話：092-212-8888

FAX：092-212-8887



体験依頼書

体験希望日

令和

年

月

日

()

なまえ		性別	生年月日	電話番号
名前	様	男 女	歳	
住所	要介護度 認定期間 まで			
	要支援 1 2 申請中			
	要介護 1 2 3 4 5			

既往歴

☆デイサービスへの希望欄☆

希望利用時間

☆連絡事項☆

疾病や食事アレルギーがあれば記入して下さい。 昼食後の薬 ある ない

担当介護支援専門員
事業所名

依頼者

電話：

FAX：

体験希望先 ※希望されるデイサービスに☑チェックをお願い致します。

デイサービス であいの桜

TEL:092-863-3337 FAX092-863-3338



デイサービスに持って行くもの

○デイサービス利用時はマスクの着用をお願い致します。

★入浴を希望される方★ (荷物は最小限でお願いします)

- ✓ バスタオル 1枚
- ✓ タオル 2枚
- ✓ ビニール袋 2枚位
(着替えや濡れたタオルを入れます。)
- ✓ 必要な着替え
- ✓ お薬(昼食後薬、間薬)
(内服・湿布・軟こう・点眼など)
- ✓ 歯ブラシ・歯磨き粉・コップ
- ✓ 上履き

★入浴をしない方★ (荷物は最小限でお願いします)

- ✓ タオル・ハンカチ
- ✓ 湿布・入浴後の軟こう
- ✓ お薬(昼食後薬、間薬)
(内服・湿布・軟こう・点眼など)
- ✓ 歯ブラシ・歯磨き粉・コップ
- ✓ 上履き

- ※持ち物はすべて記入をお願い致します。
- ※貴重品お金の持ち込みは禁止しています。
- ※利用初日は内履きを持ってきてください。
- ※デイサービスには生ものは持ってきてはいけません。

デイサービス であいの桜