

# 見学申し込みシート

**FAX**

荒川整形外科リハビリテーションクリニック 行き

FAX 番号 03-5604-9612

※送付状は不要です、このまま送信ください。  
ご協力頂ける範囲内で記入をお願いします。

## 荒川整形外科リハビリテーションクリニックデイケア見学申込書

ご希望日	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後
ご利用者氏名	
ご連絡先	※自宅・携帯番号。どちらでも連絡可能な番号を記入してください。
その他	ご質問・ご希望など
担当ケアマネ 居宅支援事業所名 ご連絡先	ご担当 _____ 事業所 _____ ご連絡先 _____

※担当から折り返しご連絡させていただきます。