

NPO グレースケア 新規受付表

送付日 年 月 日 事業所名 _____
 お名前 _____
 電話番号 _____

サービス種類	
自費 ・ 介護保険 ・ 障害者総合支援	
ご利用者様性別	
男性 女性	
住所	市 丁目
介護度	要支援: 1 ・ 2 要介護: 1 . 2 . 3 . 4 . 5
主な病気/状態	
サービス希望曜日	
月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日	
希望時間	
AM PM	※具体的にあれば
希望ヘルパー性別	
男性 ・ 女性 ・ どちらでも	
主なサービス内容	
※簡単で結構です	
返答期日	
即日 ・ 明日 ・ 2~3日 ・ 週明けまで	

※HPから受け付け表は印刷出来ます。
 ※派遣可能な場合は改めてアセスメント等詳しくお伺いします。

※FAX送信の際、ご一報頂けると助かります。

TEL: 0422-70-2805

FAX: 0422-24-8307