デイサービスあき　利用予約申込書

1. 利用者基本情報

利用者氏名（ふりがな）	（　　）
生年月日	昭和　　年　　月　　日生まれ
住所	旭川市
ご家族氏名（続柄）	（　　）
ご家族電話番号	

2. 利用希望内容

希望曜日、回数など	☐ 月　☐ 火　☐ 水　☐ 木　☐ 金　☐ 土	
	☐ 特になし	週　　回位
利用開始希望時期	☐ できるだけ早く　☐（　　）　☐ 未定	

3. 健康・生活状況

現時点の要介護度	☐ 要支援＿＿＿　　☐ 要介護＿＿＿
主な病歴・認知症類型	

4. 確認事項

・空きが出た際には、担当ケアマネジャー様へご連絡いたします。
・順番は原則、申込日順ですが、利用希望の曜日や状態により前後する場合があります。
・本予約は利用開始を確定するものではなく、空きが出た際に改めて意向の確認をします。
・利用開始前には、まず体験利用を行っていただき、その後に契約、利用開始となります。

5. 申込者情報

申込日	令和　　年　　月　　日
居宅介護支援事業所名	
担当ケアマネジャー名	
連絡先	

【デイサービスあき記入欄】　☐ 受付　☐ 待機　☐ 辞退　☐ 体験利用済み
☐ 利用開始　☐ 体験後終了

※他デイの利用が決まった、施設に入居したなど、
「あき」の利用が不要となった場合は、担当ケアマネジャー様よりご連絡下さい。

FAX:0166-76-9071