

# 申込書

依頼日 (FAX 送信日) 年 月 日

●新規ご利用者様のお申込ですか？  (新規の場合、チェックを入れてください)

●ご紹介者様 (ケアマネジャー・訪問看護師等)

(ふりがな )  
お名前 職種

◎所属事業所の名称

◎所属事業所の住所

◎所属事業所の電話番号および FAX 番号

電話

FAX

(ふりがな )

●ご紹介先 (お客様) のお名前

◎ご紹介先 (お客様) の住所

◎ご紹介先 (お客様) の電話番号

◎ご紹介先 (お客様) の年齢 才 (生年月日 年 月 日)

◎ご紹介先 (お客様) の状態 (寝たきりで座位がとれない、感染症がある等)

◎ご紹介先 (お客様) の駐車場の有無 (コインパーキングの場合は別途駐車料金をいただきます)

無  有 場所および駐車場番号

◎訪問希望日の決め方をお選びください。

ご紹介者様と決める

ご紹介先 (お客様) と決める

**訪問理美容サービス ビューティクル**

FAX 番号 050-3737-9681