

見学・申込 依頼書

【ご利用者様ご連絡先】

被保険者番号			
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	認定結果	要支援 申請中 要介護
フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 年 月 日 歳 昭平	性別	男 女
住所	〒		
TEL			
見学希望日	午前	火・水・木・金	

【ご利用者様の状況】

現病歴・既往歴	
生活状況	
特記事項	
ご質問事項	ご利用者様以外に見学に来られる方を教えてください：ご家族（続柄 ）・ケアマネジャー
○で囲んで	ケアマネジャーはマルシェにどのように来ますか：直接・ご利用者様宅から一緒に車で
教えてください。	お迎えの際にご自宅前に車を一時停車できるスペースはありますか：ある・ない
	ご自宅前の道幅は：広い・狭い
	当日お迎え前にご利用者様にお電話が必要ですか：はい・いいえ

【担当ケアマネージャー様又は地域包括支援センター担当者様ご連絡先】

事業所名			
氏名			
T E L		F A X	

東京マルシェ記入欄

受付者	
受付日	
見学日時	
送迎時間	
送迎担当	
説明対応	



薬に頼らない本物の健康を

Tokyo Marche

アグリマス株式会社

東京マルシェ池上 Yoga & Well Aging Studio

〒144-0051 東京都大田区西蒲田2-5-1クレードル池上

TEL：03-3751-1139

FAX：03-3751-1129