

____月 度 精療クリニック小林 デイケア説明会 申込書

記入日 年 月 日

参加をお考えの方		
生年月日 年 月 日 () 才		
住所 <input type="checkbox"/> 神戸市内 <input type="checkbox"/> 神戸市外 () 市		
電話番号 携帯 自宅		
通院先・または支援施設名 主治医のお名前がわかれば () 先生		
本日の参加者 ●ご本人とご家族 ●ご本人と支援者 ●ご家族、支援者のみ ご本人との関係 ()		
デイケアの利用目的 ●生活リズムの改善 ●コミュニケーション力をつける ●家事を身につける ●再発予防 ●趣味を持つ ●他 ()		
お聞きしたいこと		

- 説明会は、お一人1回までとなります
- デイケアを利用されない場合、この用紙は破棄します

精療クリニック小林