

# 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	平/令 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	認定結果	要支援 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			
↓ (870円税込/食)			
見学希望日	午前	火・水・木・土	見学時 食事 希望・不要
【ご利用者様の状況】			
健康状態 生活状況			
特記事項			
【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			
TEL		FAX	

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