

【利用にあたって（日常生活調査）】

利用対象者署名
(親族署名または押印で代用可)

いずれかに○をして下さい。

1. 布団乾燥消毒を実施するにあたり、日程調整の連絡先は、どなたですか？

- ・ 本人（自宅）【連絡先☎ _____】
- ・ ケアマネ【事業所名 _____】
【担当者 _____】【連絡先☎ _____】
- ・ その他【氏名 _____】【連絡先☎ _____】

2. ヘルパーの入る日時やデイサービス等外出する日程を教えてください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					
備考					

3. 上記外出予定から何曜日を希望しますか？（複数選択可）

月 火 水 木 金

4. その他伝えたいこと

この情報を委託業者に伝えます。

折り返し、実施日の日程調整のため、委託業者よりご連絡いたします。

ご協力ありがとうございました。