



医療法人 重仁会 介護老人保健施設

ナーシングウイラ大谷地

札幌市厚別区大谷地東 5 丁目 7-10



資料請求

Fax.011-892-5861

資料請求 Fax. シート

必要事項をご記入の上、送信してください。

ふりがな		
お名前		
性別	男 ・ 女	
ご住所	〒 _____	
ご連絡先 電話番号	Tel.	
	Fax.	
	携帯電話	
ご検討中のサービスに○印をつけてください(複数可)	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援	
どなた様のご利用 をご検討ですか	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
その他 お問い合わせやご 相談などございましたら ご記入ください		