**○○デイケアセンター**

通所リハビリテーションをご利用のお客様へ

　　　　　　　　様

１．利用開始日 平成　 　年　　　月　　　日

　　ご利用日　（ ）

２．お迎えの予定時間 （　　　曜日） 時 分頃）

 （　　　曜日） 時 分頃）

　　お送りの予定時間 （　　　曜日） 時 分頃）

 （　　　曜日） 時 分頃）

３．初回利用時に用意して頂くもの

 ①介護保険証　②医療保険証　③上履き

* ①、②はこちらでコピーをとらせて頂いた後、返却いたします。

４．毎回利用時に用意して頂くもの（必要な方のみとなります）

 ①着替え　②雨具　③連絡ノート

５．連絡事項

 ①貴重品はなるべく持参しないようにして下さい。

 ②必要に応じて作業材料費を徴収することがあります。

 ③服装は問いませんが、活動しやすい服装でお願いいたします。

④送迎時間は遅早があります。また途中下車はいたしませんのでご了承下さい。

連絡先 ○○デイケアセンター

 ＴＥＬ：0000-00-0000 担当：