

パロムデイサービスセンター 一日お試し無料券

ご利用者

住所

氏名

介護支援専門員

事業所

氏名

ご利用予定日 月 日()

※お一人様1回限りのご利用で、介護保険適用の方のみとなります。

※**中央区**にお住まいの方**限定**とさせていただきます。

※ご利用には**1週間前**までのご予約が必要となります。

株式会社パロム デイサービスセンター

TEL 025-285-1317

FAX 025-285-1438

