

「お泊り処菜の花」 入居申込書

年 月 日

お泊り処菜の花

施設長 殿

申込者 住 所
氏 名
電話番号
続 柄

㊟

下記のとおり入居したいので申し込みいたします。なお、利用に際しては次の事を遵守いたします。

1. 利用中に、身体的及び精神的に利用継続不能との貴施設の判断がなされた場合は、速やかに退去いたします。
2. 利用者の利用料支払い等は、貴施設から示された料金表に基づき、一切の責任を負いお支払いします。

ご利用者	フリガナ				性別	男 ・ 女
	氏 名					
	住 所	〒				
	電話番号					
	生年月日	年 月 日				
	介護度					
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所	電話番号		
掛りつけ医	医療機関名				最近の受診日 月 日	
	電話番号					
	医療機関名				最近の受診日 月 日	
	電話番号					
	担当介護支援専門員					
備考						
					事業所受付日	対応者