

ケアホーム千鳥
ショートステイ利用申込書

ご利用者氏名	(フリガナ)			性 別		
	様			男性 ・ 女性		
ご利用期間	入 所	年	月	日 ()	送迎希望	有・無
	退 所	年	月	日 ()	:	:
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日				年 齢	
					歳	
介護度	要支援 1・2 要介護1・2・3・4・5					
既往歴						
ご住所	〒					
電話番号						

ご家族様氏名					
ご家族様住所	〒				
電話番号	自 宅 携帯電話				

居宅介護事業所名					
ご担当者様					
ご住所	〒				
電話番号			F A X		

ご記入の上、F A X (03) 5741-7250までお送り下さい。

新規利用者様のお申込みは【アセスメントシート】も合わせてFAXして下さい。

ご利用可否につきましては可否を記載し、再送信させていただきます。

以下、弊社使用欄

利 用	可 ・ 否	備 考	
-----	-------	-----	--