

利用申込書

受付No. _____

申込日	平成 年	月	日	入居日	平成 年	月	日	号室
-----	---------	---	---	-----	---------	---	---	----

ご利用を希望される入居者

お名前	ふりがな _____ 明・大・昭 年 月 日生 男・女 (歳)							
住所	〒 - _____						本籍地	_____
連絡先	TEL () - _____				fax () - _____			
介護度	申請中・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) 認定日:平成 年 月 日							
主治医	医院名: _____ (_____ 先生)							
	住所: _____ TEL: () - _____							
居宅介護支援事業所	事業所名: _____ (担当ケアマネ _____)							
	住所: _____ TEL: () - _____							
利用の目的	_____							

ご家族連絡先

お名前	ふりがな _____ 明・大・昭 年 月 日生 男・女 (歳)							
住所	〒 - _____						続柄	()
連絡先	自宅: () - _____							
	携帯: () - _____							
勤務先	名称: _____ 業種: _____							
	住所: _____ TEL: () - _____							

● 同居又はお近くにお住まいで、お世話いただけるご家族・ご親戚の方をご記入ください ●

お名前	続柄	年齢	ご連絡先
		歳	〒 - _____
		歳	〒 - _____
		歳	〒 - _____

連帯保証人の方の連絡先

お名前	ふりがな _____ 明・大・昭 年 月 日生 男・女 (歳)							
住所	〒 - _____						続柄	()
連絡先	自宅: () - _____							
	携帯: () - _____							
勤務先	名称: _____ 業種: _____							
	住所: _____ TEL: () - _____							

請求書の送付先

お名前	ふりがな _____							
住所	〒 - _____							

訪問リハビリ (チェックを入れてください)

<input type="checkbox"/> 訪問リハビリを申し込む	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリを申し込まない
--------------------------------------	--

※お客様から取得する個人情報に関しましては、次の利用目的に従って取扱います。【募集活動(パンフレット・DM等の郵便)、社内統計分析資料(匿名化)、入居審査会議】

0120-650-554

FAX 06-6916-0863 へお申込ください。

住宅型有料老人ホーム ラ・ソーラ 街の杜*もりぐち

FAX 06-6916-0863