

[入居申込書]



●ご入居を希望される方●

ご記入日：平成 年 月 日

フリガナ		明・大・昭 年 月 日生 男・女 (歳)
お名前		
ご住所	〒 —	
ご連絡先	() —	
現在の状況	ご自宅・施設(老健・特養・有料・その他()・ 病院	
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)	
居宅介護支援事業所	事業所名 (担当：)	
	住所	TEL：() —

●ご家族様連絡先●

フリガナ		
お名前		続柄 () 年齢 (歳)
ご住所	〒 —	
ご連絡先	自宅：()	—
	携帯：()	—

入居希望時期	平成 年 月 ごろから入居を考えている
利用の目的	

下記に該当する項目に☑をしていただき、担当者もしくは下記FAX番号宛にお送りください

<input type="checkbox"/> リハ希望 <input type="checkbox"/> DS希望	
<input type="checkbox"/>	料金表など詳しい資料が出来たら郵送してほしい
<input type="checkbox"/>	料金表など詳しい資料が出来たら担当者より話が聞きたい
<input type="checkbox"/>	現地にて見学、モデルルームなどを見たい
<input type="checkbox"/>	ご要望等ございましたらご記入ください
<input type="checkbox"/>	その他：

医療法人神明会 ラ・ルーラえさか
TEL 06-6339-4165 FAX 06-6339-3765