

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、お世話をいただけるご家族・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 : () -	
	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)

訪問リハビリを申し込む

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ては、次の利用目的に従って取扱いします。【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