

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： () -			
	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