

受付No.

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

☐ ご利用を希望される入居者

お 名 前	ふりがな 大正・昭和 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・令和 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 大正・昭和 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 大正・昭和 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： () -		

希望サービス (☐ にチェックを入れてください)

訪問介護	☐ 訪問介護センターケアトラスト ☐ 他の訪問介護事業所
訪問看護	☐ 訪問看護ステーションナーストラスト ☐ 他の訪問看護事業所
訪問リハビリテーション	☐ 訪問リハ ラ・ポルトフィーナ高槻 ☐ 他の訪問リハ事業所

※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