

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 _____ 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・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 _____ 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： ( ) _____			

介護サービス (チェックを入れてください)

<input type="checkbox"/> 訪問介護センター ケアトラスト	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション ナーストラスト
<input type="checkbox"/> 訪問リハ ラ・ポルトフィーナ	<input type="checkbox"/> デイサービス ラ・ソーラもりぐち

※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

FAX 06-6916-0863