

利用申込書

介護老人保健施設 桜の園

令和 年 月 日受付

*利用希望氏名

ふりがな	性別	男性	女性			
氏 名			生年月日	明・大・昭	年	月 日 (歳)
住 所	〒				TEL	

*連絡者氏名

ふりがな			続柄
連絡者氏 名	印		
住 所	〒		TEL
緊急時連絡先	〒		緊急時TEL
メールアドレス			

*家族構成

氏 名 (ふりがな)	生 年 月 日	年 齢	続 柄	職 業 (勤務先)
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			
	S・H・R			

* 希望されるサービスは何ですか？

- 1.入所 2.短期入所療養介護(ショートステイ) 3.通所リハビリテーション

* 入所後、当施設からのご連絡(緊急性の無い内容)は電話とメールどちらをご希望ですか？

- 1.電話 2.メール ※緊急性のあるご連絡は、お電話致します。

* 入所を希望される方について、次の事項についておたずねいたします。

・ご本人の居住居

- 1.自宅 2.病院 3.施設(病院・施設名)

・入所後、施設の広報誌にお顔の写った写真を掲載してもよろしいでしょうか？

- 1.はい 2.いいえ