

## 利用申し込み書(リピート用)

申し込み日	令和 年 月 日	
	居宅事業所名	ケアマネージャーお名前
申し込み者名		
	tel	fax
ご利用になられる方の情報	ご利用者名	介護情報
	(ふりがな)	支援 1. 2 介護 1. 2. 3. 4. 5
備考欄		
ご 利 用 希 望 日		
① 入所日	退所日	ご予約結果
月 日 ( ) ~ センター送迎 / 家族送迎	月 日 ( ) センター送迎 / 家族送迎	
② 入所日	退所日	ご予約結果
月 日 ( ) ~ センター送迎 / 家族送迎	月 日 ( ) センター送迎 / 家族送迎	
③ 入所日	退所日	ご予約結果
月 日 ( ) ~ センター送迎 / 家族送迎	月 日 ( ) センター送迎 / 家族送迎	
④ 入所日	退所日	ご予約結果
月 日 ( ) ~ センター送迎 / 家族送迎	月 日 ( ) センター送迎 / 家族送迎	

【注意事項】ご予約は3か月前から予約可能です。月が違う予約はお手数ですが別紙に記載ください。

柏中原ケアセンターそよ風 ショートステイ

申し込み先ファックス番号 **04-7170-8344**

## 利用申し込み書(新規用)

申し込み日	令和 年 月 日	
居宅事業所情報	居宅名	ケアマネージャーお名前
	tel	fax
	【 住所 】	
ご利用者様情報	ご利用者名	介護情報
		支援 1. 2 申請中・区変中
	(ふりがな)	介護 1. 2. 3. 4. 5
	【 住所 】	
	【 電話番号 】	
	【 生年月日 】 年 月 日 【性別】 男・女	
介護状況やご要望覧		
ご 利 用 希 望 日		
①入所日	退所日	ご予約結果
月 日 ( ) ~	月 日 ( )	
②入所日	退所日	ご予約結果
月 日 ( ) ~	月 日 ( )	
ご契約希望日/時間		返信覧

柏中原ケアセンターそよ風 ショートステイ

申し込み先ファックス番号 **04-7170-8344**