

<ショートステイ新規利用ご依頼票>

申込み年月日 _____

*ご利用者様お名前 _____

介護度 _____

*ご住所 _____

*お電話番号 _____

*初回利用希望日

月 日() ~ 月 日()

*送迎 要 ・ 不要

*特記事項

--

*貴事業所名 _____

*ケアマネージャー様お名前 _____

*ご連絡先 Tel _____

Fax _____

返信欄

ご依頼ありがとうございました。

連絡先

TEL : 04-7181-8341

FAX : 04-7185-5055

担当 :

天王台ケアセンター そよ風