

# 我孫子ロイヤルケアセンター ショートステイサービス 予約申込書

利用者名	様		
平成	年	月	日
送付	/		

支援事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

上の欄には貴所の情報をご記入ください。

## 日程表

日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
曜日																																	
希望日																																	
リハビリ																																	
送迎																																	

部屋の種類	
個室	多床室

上記、ご希望の部屋の種類に○をお願いします。

上記日程表、枠内のショートステイご利用希望日・リハビリ欄に○印をお付けください。

また、送迎をご希望であれば送迎欄に○印をお願いします。

なお日曜・祝日の送迎は行っておりません。ご了承ください。

その他・相談事項 そのご相談等ございましたら、お手数ですが以下枠内にご記入ください。

返信欄

問い合わせ先: 我孫子ロイヤルケアセンター 相談室  
〒270-1121 千葉県我孫子市中央2614  
TEL 04-7181-5611 FAX 04-7187-5556