

介護老人保健施設クレオ 行
FAX:04-7179-7701

ショートステイ予約票

月分

年 月 日

事業所名: わごころ総合相談支援センター

ご担当者:

TEL: TEL 04-7181-0556

FAX: FAX 04-7181-0555

	ご利用者名		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	送迎	
			希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約	希望	予約			
1	様	希望																																有・無	
		予約																																有・無	
2	様	希望																																有・無	
		予約																																有・無	
3	様	希望																																有・無	
		予約																																	有・無
4	様	希望																																有・無	
		予約																																	有・無
5	様	希望																																	有・無
		予約																																	有・無
6	様	希望																																	有・無
		予約																																	有・無

※ご希望の日にちに○をつけてください。

【ご連絡】

【返信】

いつもお世話になっております。

※ 恐れ入りますが、7日以内に返信がない場合は、ご連絡ください。お急ぎの場合は、お電話にてご一報をお願い致します。