

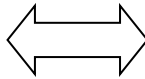
事業所番号

事業所名

担当者名

TEL

FAX



特別養護老人ホーム オレンジ池田

〒563-0055 池田市井口堂2丁目4番6号

TEL 072-760-0003

FAX 072-760-0303

ショートステイ予約申込書

記入日	平成 年 月 日	性別	介護度	介護認定有効期間	
フリガナ		男		平成 年 月 日～	申請中
利用者氏名	(歳)	女		平成 年 月 日迄	月 日
利用者住所 連絡先	TEL. ()				
利用希望日	平成 年 月 日 () ～ 平成 年 月 日 () (日間)				
	平成 年 月 日 () ～ 平成 年 月 日 () (日間)				
	平成 年 月 日 () ～ 平成 年 月 日 () (日間)				
送迎	施設 (行・帰)	家族 (行・帰)	当施設利用	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回以上	
補装具	車椅子 (個人・施設) 歩行器 (個人・施設) その他 ()				
備考					

【返信欄】	返信日時	月 日 ()	時 分	FAX送信者
<input type="checkbox"/> 上記予約は確認し、承りました。 <input type="checkbox"/> 提供票の提出をお願い致します				
<input type="checkbox"/> 下記の日程であればお受けできます。				
利用可能日	平成 年 月 日 () ～ 平成 年 月 日 () (日間)			
	平成 年 月 日 () ～ 平成 年 月 日 () (日間)			
	平成 年 月 日 () ～ 平成 年 月 日 () (日間)			
備考				

受付担当	生活相談員	送迎担当
月 日	月 日	月 日

※ 予約申込みは利用日の前々月の1日にFAXで受付いたします。