

サービス付き高齢者向け住宅  
ナーシングハウスことぶき 入居申込書

お申し込み年月日: 令和 年 月 日

TEL: 0495-71-7732

FAX: 0495-71-7762

Mail: nursing@yoshizawa-hospital.jp

見学ご希望日時	入居ご希望年月日	喫煙	飲酒
		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

ご契約者様 (ご入居者様)	(フリガナ)		性別	生年月日	ご年齢
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
	(フリガナ)				
	ご住所	〒 — (アパート・マンション名)		ご連絡先	
	介護度	自立    申請中    要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5			
	入院されていた病院とご連絡先				
	主治医とご連絡先				
	入所されていた施設とご連絡先				
	※担当ケアマネージャーとご連絡先				
	備考				

ご家族様等 ご連絡先	(フリガナ)		性別	生年月日	続柄
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	
	(フリガナ)				
	ご住所	〒 — (アパート・マンション名)			
ご連絡先	ご自宅		ご連絡が 可能な 時間帯		
	ご勤務先				
	携帯電話				
備考欄	ご心配やご不明な点がございましたらご記入願います				

ご入居者様もしくは身元引受人様サイン	(印)	施設長	理事長
--------------------	-----	-----	-----

※担当ケアマネージャーがない場合は、弊社ケアマネージャーをご紹介します。

【注意事項】

- ・入居につきましては、弊社選定会審査の後の入居になります。ご希望に添えない場合もございますので予めご了承ください。
- ・個人情報の保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。