

かしわ苑 ショートステイ申込書

事業所名	
電話番号	
担当ケアマネジャー	

※かしわ苑 FAX番号:03-3363-3293

- * 初回お申し込み、ご状態に変化があった方は別紙「情報提供書」と併せてお申し込みください。
- * 入退所日は月～土曜日での調整をお願いいたします。
- * 個室・他床室のご希望を記入して下さい。調整の結果、ご希望に添えない場合がございます。
- * 送迎を希望される方について、送迎範囲は原則施設から直線で概ね1.5kmまでとなります。
また添乗員がないため、ご家族の付き添いをお願いします。

※	ご利用	ご利用者名	性別	日程希望		部屋割希望	送迎希望	他日程・ご要望等	
				月 日 ()	～ 月 日 ()				
	初・再		男・女	いつでも可	月 日 ()	～ 月 日 ()	2人・個室・不問	有・無	
					月 日 ()	～ 月 日 ()			
	初・再		男・女	いつでも可	月 日 ()	～ 月 日 ()	2人・個室・不問	有・無	
					月 日 ()	～ 月 日 ()			
	初・再		男・女	いつでも可	月 日 ()	～ 月 日 ()	2人・個室・不問	有・無	
					月 日 ()	～ 月 日 ()			
	初・再		男・女	いつでも可	月 日 ()	～ 月 日 ()	2人・個室・不問	有・無	
					月 日 ()	～ 月 日 ()			
	初・再		男・女	いつでも可	月 日 ()	～ 月 日 ()	2人・個室・不問	有・無	
					月 日 ()	～ 月 日 ()			
	初・再		男・女	いつでも可	月 日 ()	～ 月 日 ()	2人・個室・不問	有・無	
					月 日 ()	～ 月 日 ()			
	初・再		男・女	いつでも可	月 日 ()	～ 月 日 ()	2人・個室・不問	有・無	
					月 日 ()	～ 月 日 ()			

2枚目 (あり ・なし)

お申込みありがとうございました。