

# 株式会社 ベナレス 問い合わせ・利用申し込み受付書

電話   
  来設   
  ST   
  GH

受付日時: 年 月 日( )

担当者:

フリガナ				男・女		
利用者氏名						
生年月日	M	T	S	H	年 月 日	歳
住所	〒			電話番号	①	

<申込者>

フリガナ				利用者との続柄	
氏名					
住所	〒			電話番号	②
				電話番号	③

ご案内連絡方法   
  郵便(送付先 )   
  電話( ①・②・③ 時間帯 頃)

<利用者情報>

介護度	要介護 1・2・3・4・5	要支援 1・2	申請中
介護保険認定日			
介護保険認定期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	
待機場所	独居・高齢者世帯・家族同居世帯・その他( )		
病院		科:主治医	:TEL
		科:主治医	:TEL
		科:主治医	:TEL
紹介事業所		:担当者	:TEL

<特記事項>

<予約申し込み>

<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護部門 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護部門 <input type="checkbox"/> 両方		
入居希望者	フリガナ	印
申込者	フリガナ	印
利用・入居希望日	通い 訪問 宿泊	年 月 日

<経過>