

受付日 年 _____ 月 _____ 日

カルテ番号 _____

介護老人保健施設 桑 の 実 利用申込書

入所者 (通所者)

ふりがな _____ 男 明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
氏名 _____ 女 大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
_____ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
(西暦 _____ 年) 年齢 _____ 歳

〒 _____
住 所 _____
_____ 電話 _____

申込者

氏名 _____ 続柄 _____

〒 _____
住 所 _____
_____ 電話 _____

勤務先 _____ 電話 _____

その他の連絡先1 氏名 _____ (続柄 _____) 電話 _____

その他の連絡先2 氏名 _____ (続柄 _____) 電話 _____

希望サービス (希望されるサービスに○を付けて下さい)

1. 入 所
2. 短期入所 (ショートステイ)
3. 通 所 (デイケア)
4. 訪問リハビリテーション