

(様式 SS-01)

平成 年 月 日

ライフホーム城山
短期入所生活介護 担当者 行

介護支援事業所
担当ケアマネジャー

短期入所生活介護 利用申込書

標記の件につきまして、次の通り申し込みいたします。

	利用者氏名	居室	入所予定日			退所予定日		
			月/日	送迎	食事開始	月/日	送迎	食事開始
①		<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも			食から			食まで
②		<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも			食から			食まで
③		<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも			食から			食まで
④		<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも			食から			食まで
⑤		<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも			食から			食まで
⑥		<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも			食から			食まで

を記入してください

開始及び終了の欄は、朝、昼、夕 を記入してください。

■利用前日の正午までにキャンセルの連絡がない場合は、次回の利用時にキャンセル料として700円が加算されます。

■連絡事項(利用者の体調の変化等あればご記入ください)

〈施設側記入欄〉

部屋(確保)	返信		Fax受付日	
	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> Fax	担当:		受付者: