

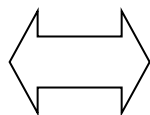
# ユニット型単独ショートステイローランド

## ショートステイ申込み・確認表

送信日 年 月 日

返信日 年 月 日

事業所名	
TEL	
FAX	
ご担当者	



ショートステイローランド	
TEL	06-6495-2811
FAX	06-6495-2822
担当者	生活相談員 久保

フリガナ		利用理由	
本人氏名			

希望日（送迎についても必ず記入下さい）

受け入れ状況（備考）

月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	送・迎・無
月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	送・迎・無
月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	送・迎・無
月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	送・迎・無
月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	送・迎・無

可・不可	
可・不可	
可・不可	
可・不可	
可・不可	

※連絡事項、その他、何かあればご記入ください。

--

※新規ご利用の方につきましては、当施設所定の申込み用紙・診療情報提供書または準拠する書類を揃えて頂いたうえ、面接させて頂いてからの予約となりますので、宜しくお願いいたします。

※ご予約FAXは、毎月1日9時~の受付になっております。（土、日、祝日の場合はその翌日になります。）