

体験入居利用申込書

令和 年 月 日

特定施設介護付き有料老人ホーム
サラサ八尾 様

利用申込者 氏名 印

申込者 氏名 印

特定施設介護付き有料老人ホーム「サラサ八尾」のサービスの利用を申し込みます。

利用者	氏名	フリガナ 〒 -	男・女	明治 大正 年 月 日生 昭和 歳
	住所	〒 -	電話	- -
緊急 連絡先①	氏名	フリガナ 続柄()	電話	(自宅) - -
	住所	〒 -		(携帯) - -
緊急 連絡先②	氏名	フリガナ 続柄()	電話	(自宅) - -
	住所	〒 -		(携帯) - -
か か り つ け の 医 療 機 関	(医療機関名)	ケ ア マ ネ ー ジャ ー	(事業所)	
	(担当医)		(担当者)	
	TEL		TEL FAX	
利用希望日	令和 年 月 日 () ~ 月 日 () [6泊7日を限度とする]			
利用料金	6,300円(1泊)		送迎希望(有 ・ 無)	
要介護度			薬	
食事	1泊につき3食・おやつ込み		入居日(朝食・昼食・おやつ・夕食)から 退居日(朝食・昼食・おやつ・夕食)まで	
備考欄				

※記載頂きました個人情報は別に定める当社の利用目的にのみ使用し、他の目的には使用致しません。

特定施設 介護付き有料老人ホーム
サラサ八尾