

所沢ロイヤルの丘 ショートステイ 申込書

医療法人 啓仁会
介護老人保健施設 所沢ロイヤルの丘 御中

申込日時 年 月 日 電話・来所

ご利用者様	氏名	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住所	〒	性別	男・女
			電話	()
申込者様	氏名	ふりがな	続柄	
	住所	〒	電話	()
			携帯	()
現在	1 在宅 2 医療機関入院中(医療機関名:) 3 他施設入所中 (施設名:)			
既往歴				
治療中の病名				
かかりつけ医療機関				
居宅介護支援事業所				
担当ケアマネージャー				

ご希望の内容	1 月 日 ~ 月 日	送迎	1、希望する
	2 月に 日間、毎月利用したい		2、希望しない
	3	リハビリ	1、希望する
			2、希望しない

※介護保険証のコピーを添付してください。

FAX: 04-2947-0799