

ファイン舎利寺 入居申込書

《お申込者様》

お申込日： 年 月 日

ふりがな		ご対象者様との続柄：	
氏名	様		
住所	〒		
ご連絡先 電話番号	(連絡先 1)	ご連絡可能な時間帯	
	(連絡先 2)	午前・午後・18時以降・終日・指定(時～ 時)	
何で当方をお知り ましたか？	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援所 <input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> その他()

《ご対象者様》

ふりがな		性別	生年月日	
氏名	様	男・女	明治・大正・昭和	年 月 日
住所	〒	電話番号		
入居希望タイプ	体験利用 ・ 短期型(Aタイプ) ・ 住居型(A・B・C・D・E・Fタイプ)			
入院・入所中の 病院・施設	名称：			
	電話：		ご担当ソーシャルワーカー：	
介護申請	<input type="checkbox"/> 申請済み (要支援 1・2 要介護度 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中			
居宅介護 支援事業所	名称：			
	電話：		ご担当ケアマネージャー：	
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好		主治医：	病院 Dr
	<input type="checkbox"/> 治療中 通院 (回/月)		主治医：	病院 Dr
	往診 (回/月)		障害手帳：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級)

《ご希望入居時期》

令和 年 月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬
--------	--------------

《お申込みの流れ》



お申込みは入居担当者までFAXまたは郵送でお願いします。

FAX番号：06-6741-7701

担当：山田・大川

* 郵送の場合：〒544-0021 大阪市生野区勝山南4-14-12 介護付き有料老人ホーム ファイン舎利寺

Tel:06-6741-7773