

入 所 利 用 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日(歳)
氏名				
住所	〒		T E L	() -
要 介 護 度	申請中・要介護度1・要介護度2・要介護度3・要介護度4・要介護度5			
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
担当ケアマネージャー	居宅介護支援事業所名:			担当者:
連絡先	氏名: 続 柄()			
	〒 住所:			
	TEL: 自 宅 () - 携 帯 () - 勤 務 先 () -			
利 用 の 理 由				
家 族 構 成	1. 同居(名) 2. 独居			
現 在 の 状 況	1. 入院中(病院名:) 2. 入所中(施設名:) 3. 在宅(かかりつけ病院:)			
希 望 居 室	1. 個室 2. 2人部屋 3. 4人部屋			

◇この申込書は、下記宛に郵送していただくか、直接窓口にお持ちください。

〒812-0041

福岡市博多区吉塚7丁目6-40

医療法人相生会 介護老人保健施設 光

TEL(092)629-1631 FAX(092)629-1635

※病状等により、他の医療機関・施設等を紹介させていただく場合がございます。