

通 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	〒		TEL	() -
要 介 護 度	申請中・要支援1・要支援2・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			
現在のかかりつけ病院	病院名: 主治医:			

◇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