

利用申込書

(入所・ショート)

医療法人アエバ会 介護老人保健施設

すこやか生野 施設長 殿

申込者：

印

■ 入所希望者

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏 名				
生年月日	M T S H	年 月 日 () 歳		
介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (区変中)			
保険証	国保 ・ 社保 ・ 生保			
住 所	〒 -	☎ ()		

■ 緊急時連絡先

看護師より容態等ご連絡させていただきます。
緊急時は、日中はもちろん深夜時間帯でもご連絡させていただきますので、ご容赦ください。

①	様	続柄	保証人 <input type="checkbox"/>
住所			
携帯	TEL		
②	様	続柄	保証人 <input type="checkbox"/>
住所			
携帯	TEL		
③	様	続柄	保証人 <input type="checkbox"/>
住所			
携帯	TEL		
④	様	続柄	保証人 <input type="checkbox"/>
住所			
携帯	TEL		
⑤	様	続柄	保証人 <input type="checkbox"/>
住所			
携帯	TEL		

保証人の場合はチェックをつけてください。

※申し込み手続きのご案内を参考に書類のご準備をお願いします。