

ショートステイ利用申込書

太枠内をご記入の上、FAXにてお送りください。利用予定を確認後、折り返しご連絡させていただきます。

ご利用者名	様		
ご希望日時①	月 日 () 午前・午後	～	月 日 () 午前・午後
②	月 日 () 午前・午後	～	月 日 () 午前・午後
③	月 日 () 午前・午後	～	月 日 () 午前・午後
居宅介護支援事業所名			
ご担当者			
電 話		F A X	

様

お申込みありがとうございます。以下のとおり予定させていただきますので、ご確認ください。

利用予定①	月 日 () 午前・午後	～	月 日 () 午前・午後
②	月 日 () 午前・午後	～	月 日 () 午前・午後
③	月 日 () 午前・午後	～	月 日 () 午前・午後
備考欄			

FAX 送付先 044-712-5516

ヴィラージュ虹ヶ丘 ショートステイ