

社会福祉法人 合掌苑
アシステッドナーシング『輝の杜』
入居申込書

令和 年 月 日

ご希望フロア	第1希望	階	号室	□ ご指定なし					
	第2希望	階	号室						
フリガナ			性別	□ 明治 □ 大正 □ 昭和			年齢	歳	
お客様名	様		生年月日	年 月 日生					
ご住所 介護保険書証の 住所	〒 - 都 県 区 市								
	道 府 郡								
マンション名・ビル名・部屋番号等									
状 況	介護度	□ 要支援 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5							
		□ 認定無 □ 申請中 (認定予定日:平成 年 月 日頃)							
以前の病院 施設等の連絡先									
ご家族様以外で、 お客様の状況がわか る方の連絡先	ケアマネジャー、主治医、施設等の連絡先								
備 考									
1	フリガナ			男女	□ 明治 □ 大正 □ 昭和			年齢	歳
	連帯保証人様 お名前	様		続柄	生年月日	年 月 日生			
	勤 務 先	名称				所属部署			
		役職			TEL			FAX	
	ご 住 所	〒 - 都 県 区 市							
		道 府 郡							
マンション名・ビル名・部屋番号等									
ご連絡先	自 宅				連絡可能な時間帯	時 ~ 時			
	携 帯				連絡可能な時間帯	時 ~ 時			
	緊急連絡先								
2	フリガナ			男女	□ 明治 □ 大正 □ 昭和			年齢	歳
	連帯保証人様 お名前	様		続柄	生年月日	年 月 日生			
	勤 務 先	名称				所属部署			
		役職			TEL			FAX	
	ご 住 所	〒 - 都 県 区 市							
		道 府 郡							
マンション名・ビル名・部屋番号等									
ご連絡先	自 宅				連絡可能な時間帯	時 ~ 時			
	携 帯				連絡可能な時間帯	時 ~ 時			
	緊急連絡先								
お客様もしくは、連帯保証人様サイン				印	管理者印	担当者印			

*この書類と健康診断書をお預かりの後、入居の判断をご連絡申し上げます。なお情報に関しましては厳密に守秘を遵守いたします。