

# 利用申込書

令和 年 月 日

医療法人 生愛会 附属介護老人保健施設  
生愛会ナーシングケアセンター 施設長様

【利用申込種別】 入所 （予防）短期入所療養介護（ショートステイ） （予防）通所リハビリテーション

申込者	住所 電話	TEL ( )		
	氏名	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日

利用者	住所				
	氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	電話	( )	申込者との続柄		生活保護 有・無

【家族状況】 ※利用者の配偶者・兄弟・子供についてご記入下さい。

氏名	続柄	年齢	勤務先	自宅住所および電話番号
		満 歳		TEL ( )
		満 歳		TEL ( )
		満 歳		TEL ( )
		満 歳		TEL ( )
		満 歳		TEL ( )
		満 歳		TEL ( )
		満 歳		TEL ( )
		満 歳		TEL ( )

【緊急時の連絡先】

氏名	自宅 TEL	携帯 TEL	勤務先 TEL
1.	( )	( )	( )
2.	( )	( )	( )
3.	( )	( )	( )