

サービス付き高齢者向け住宅 **ケアリフ本庄 入居申込書**

お申込年月日 平成 年 月 日

ご希望階	ご希望居室No.	見学ご希望日時	入居ご希望年月日	喫煙
□ 1階 □ 2階		H 年 月 日 AM PM	H 年 月 日から	□する □しない

ご契約者様 (ご入居者様)	(フリガナ)		性別	生年月日	ご年齢
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
	(フリガナ)				
	ご住所	〒 - (アパート・マンション名)	ご連絡先 ()		
	介護度	自立 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
	入院されていた病院とご連絡先				
	主治医とご連絡先				
	入所されていた施設とご連絡先				
	担当ケアマネジャーとご連絡先*				
	備考				

ご家族様等 ご連絡先	(フリガナ)		性別	生年月日	続柄
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	
	(フリガナ)				
	ご住所	〒 - (アパート・マンション名)			
	ご連絡先	ご自宅		時 ~ 時	
ご勤務先			時 ~ 時		
携帯電話			時 ~ 時		

備考欄	*ご心配やご不安なことがありましたらご記入願います
-----	---------------------------

ご入居者様もしくは身元引受人様サイン	(印)	支配人	総務

* 担当ケアマネジャーがない場合は、弊社ケアマネジャーをご紹介いたします。

<注意事項>

- ・ 居室については、ご希望の居室をご利用頂けるよう準備いたしますが、入居の状況によりご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。
- ・ 個人情報の保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。