

入居申込書

申込日 令和 年 月 日

次のとおり、介護付有料老人ホームシーサイドヴィラ音羽の浜の入居を申し込みます。

入居希望者	ふりがな		性別	男・女	介護度		
	氏名						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)					
	住所					電話番号	
連絡先	ふりがな		続柄		連絡先①		
	氏名						
	住所					連絡先②	
	ふりがな		続柄		連絡先③		
	氏名						
	住所					連絡先④	
現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院						
	施設(病院)	名称				担当者名	
	在宅	事業所				担当者名	
	主治医	病院名				担当医	
入居について	<input type="checkbox"/> すぐの入居を希望 <input type="checkbox"/> 条件を検討してから <input type="checkbox"/> 急ぎでない						
	居室の指定	なし ・ あり()					
質問・要望等ありましたらお書きください。							

※ この申込書により正式に入居を決定するものではありません。

申込み後の連絡	<input type="checkbox"/> 今後月に1回程度、施設から状況確認の連絡を受けてもかまいません <input type="checkbox"/> 施設から確認の連絡は不要な為、介護度等変更があれば自分で連絡します
連絡先	希望される状況確認の連絡先 ☎ () (氏名)

次のことにつきましては必ずご連絡ください。

- ① 他施設等への入居が決まった場合
- ② 入居希望を取り下げる場合

シーサイドヴィラ音羽の浜

0956-33-0110

受付担当 _____