

入所・利用申込書

社会福祉法人 みずき会
施設長 殿

申込日:平成 年 月 日
担当者: _____

申込者 住 所

氏 名

電話番号

利用希望先	①特別養護老人ホーム みずき (②ユニット個室 ③従来型個室 ④多床室) ⑤グループホーム ラスパみずき ⑥小規模多機能 ラスパみずき
優先順位	第1希望 () 第2希望 () 第3希望 ()

※利用希望先の番号を()内にご記入ください。また、特別養護老人ホームへ入所希望で、お部屋の指定がない場合は、優先順位欄に①とご記入ください。

<入所・利用希望者>

フリガナ氏名	男・女	生年月日	
		M・T・S	年 月 日(歳)
住 所		現在の居場所	自宅
電話番号			病院・施設()
要介護度	申請中 要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
担当居宅名			
担当ケアマネ		電話番号	
かかりつけ医	医療機関	主治医	Dr:

<身元保証人>

フリガナ氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日
		続 柄	
住 所		電話番号	

<緊急連絡先1>

代表者氏名		続 柄	
住 所			
電話番号		携帯番号	
勤務先(会社名)			
電話番号			

<緊急連絡先2>

代表者氏名		続 柄	
住 所			
電話番号		携帯番号	
勤務先(会社名)			
電話番号			

<備考>
