



F a x ( 0 8 9 ) 9 4 5 - 7 7 1 0 ( 仮事務所 )

ご質問・ご予約は、こちらをお送り頂くか、

電話 ( 0 8 9 ) 9 4 5 - 7 7 0 1 ( 仮事務所 ) までお気軽にお問合せ下さい。

ご入居を考えていらっしゃる方の状況をご記入下さい

お名前			年齢
			性別
ご住所			入居希望時期
	独居・高齢世帯・同居		( ) 年 ( ) 月頃
現在の状況	① 要介護・要支援 ( ) ② 在宅にて生活 ・ 入院 (所) 中 → 病院 ・ 老健 ・ その他 ( ) ③ 介護保険在宅サービス利用状況 有 ・ 無 ( 利用されている場合、サービス種類 ) デイ ・ 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 福祉用具 ・ ショートステイ その他 ( )		
ご質問			

ご相談窓口となる方の連絡先をご記入ください。

お名前			上記の方との 関係
電 話		F A X	
<input type="checkbox"/> 個人のお客様	ご住所		
<input type="checkbox"/> ケアマネージャー 医療機関者様	所属事業所 医療機関名		
	上記ご住所		

受付後、折り返し弊社よりご連絡いたします。