

ユニット型 ショートステイ越谷なごみの郷 利用申込書

定員9名のユニット型ショートステイです。何度も繰り返し利用していただくことで、介護職員・他利用者と顔なじみの関係をつくり、安心して利用して頂けるように努めます。  
 利用される方の起きる時間や食事の時間に拘りながら、出来る限りタイムスケジュールに縛られないその人らしい生活を応援することを目指しています。

申込書 年 月 日

ふりがな		男・女	介護度		減免	有・無
利用者						
生年月日	M・T・S 年 月 日		年齢		医療行為	有・無
住所			緊急時の病院	TEL		
ふりがな		続柄		日中:		
申込者			電話	夜間:		

※送迎は午前退所・午後入所になります。

利用希望日	①	月 日 時~	月 日 時	なごみ送迎	・	家族送迎
	②	月 日 時~	月 日 時	なごみ送迎	・	家族送迎
	③	月 日 時~	月 日 時	なごみ送迎	・	家族送迎
	④	月 日 時~	月 日 時	なごみ送迎	・	家族送迎
	⑤	月 日 時~	月 日 時	なごみ送迎	・	家族送迎
	⑥	月 日 時~	月 日 時	なごみ送迎	・	家族送迎
特記事項 (注意点)						
こだわり 要望						
前回 利用時と 変わった 事						
事業所名			TEL			
ケアマネ			FAX			
利用申し込み返答	1. 予約完了です		2. キャンセル待ちです			
	3. 申し訳ありません。予約出来ませんでした					
越谷なごみの郷 ショートステイ 担当:木下・岡 TEL 048-987-0754 FAX 048-987-0759						