

利用申込書

医療法人 メディオアシス
介護老人保健施設 城山
施設長 島田 達矢 殿

下記の通り貴施設を利用したく申し込みます

年 月 日

フリガナ
利用者氏名 _____ 男・女 _____ 印 _____

生年月日 明・大・昭 _____ 年 月 日 _____

住所 _____

電話番号 _____

介護保険被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護度 要介護 1・2・3・4・5 申請中 変更中

サービス 入所・短期入所療養介護・通所リハビリテーション

フリガナ
身元引受人氏名 _____ (続柄 _____) 印 _____

生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日 _____

住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

フリガナ
緊急連絡人氏名 _____ (続柄 _____) 印 _____

住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____