

幸風苑 短期入所生活介護 予約申込書

令和 年 月分

1. 予約申込は、ご利用月3ヶ月前の1日～7日にFAXにてお願いします。10日前後にお答え致します。
2. ご利用者の状況について、下記項目への記入をお願いします。
3. 上記受付期間以外の予約・空床の確認につきましては、下記連絡先までお問い合わせ下さい。
4. 初回申し込み時は申し込みと一緒に共通調書をお送り下さい。

事業者名
担当者名
電話番号
FAX番号

利用者氏名			希望期間 及び 希望条件等	ご本人の状況	結果返信欄	幸風苑よりコメント		
様			/ ~ / () ~ ()	前回から変化⇒ (無し・有り) 「有り」時変化の内容を具体的にお願いします。	下記の日程とさせていただきます / / () ~ ()			
							年齢	性別
			才男・女		条件		特記事項	□今回はキャンセル待ちとさせていただきます
			当施設利用の経験の有無		申込み理由			
			有り・無し(初めて)					
利用者氏名			希望期間 及び 希望条件等	ご本人の状況	結果返信欄	幸風苑よりコメント		
様			/ ~ / () ~ ()	前回から変化⇒ (無し・有り) 「有り」時変化の内容を具体的にお願いします。	下記の日程とさせていただきます / / () ~ ()			
							年齢	性別
			才男・女		条件		特記事項	□今回はキャンセル待ちとさせていただきます
			当施設利用の経験の有無		申込み理由			
			有り・無し(初めて)					
利用者氏名			希望期間 及び 希望条件等	ご本人の状況	結果返信欄	幸風苑よりコメント		
様			/ ~ / () ~ ()	前回から変化⇒ (無し・有り) 「有り」時変化の内容を具体的にお願いします。	下記の日程とさせていただきます / / () ~ ()			
							年齢	性別
			才男・女		条件		特記事項	□今回はキャンセル待ちとさせていただきます
			当施設利用の経験の有無		申込み理由			
			有り・無し(初めて)					