

ショートステイ予約申込書

新規・継続利用

施設名	ベルツリー	TEL0572-22-4434 FAX0572-24-6216			
利用者氏名		性別	男・女	年齢	
介護度	支1・支2・1・2・3・4・5 経過	電話	() -		
住所					
※新規利用申し込みの場合は被保険者証、ADL、疾患の状況が分かる資料(任意書式)を セットでFAXくださいますようお願いいたします。					
利用申し込み期間				送迎 希望	部屋 希望
日程1	年 月 日()	～	年 月 日()	あり・なし	個・二人
2	年 月 日()	～	年 月 日()	あり・なし	個・二人
3	年 月 日()	～	年 月 日()	あり・なし	個・二人
4	年 月 日()	～	年 月 日()	あり・なし	個・二人
備考					

発信者	事業者名 担当者 TEL FAX
-----	---------------------------------------

申し込み結果通知

1	年 月 日()時間	～	年 月 日()時間
2	年 月 日()時間	～	年 月 日()時間
3	年 月 日()時間	～	年 月 日()時間
4	年 月 日()時間	～	年 月 日()時間
備考			