

利用申込書

令和 年 月 日

次のとおり「湯ごりの郷」の利用を申し込みます。

利用者	フリガナ		性別	明治・大正・昭和	
	氏名		男・女	年 月 日	生 歳
	住所		電話		
申込者	フリガナ		性別	続柄	
	氏名		男・女		
	住所		連絡先		
介護認定	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		期間	～	
居宅介護 支援事業者			担当ケア リーダー		
通院の 有・無	通院先		主治医		
	内科・整形外科・()		頻度：月	回程度	
希 望	<input type="checkbox"/> グループホーム（認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護）				
	<input type="checkbox"/> ケアハウス（地域密着型特定施設入居者生活介護）				
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能ハウス（小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）				
	<input type="checkbox"/> ふれあいサロン「ゆかし庵」（通所介護・介護予防通所介護）				
ご希望等ございましたらお書きください					
担当者記入欄					

※お申し込みありがとうございます。申し込みの際には、アセスメント・情報提供書・診断書・医師意見書等があれば、申込書に添付して下さい。よろしくお願いいたします。

【詳細の問い合わせ先】

社会福祉法人 高瀬会

電話0735-52-1121

いつでもお気軽にお問い合わせください。