

<送信元>

孝の季苑 ショートステイ

<TEL> 048-299-9311

<FAX> 048-229-3335

<事業所番号> 1170208357

<発信元>

事業所名	
事業所番号	
担当者	
TEL	
FAX	

ショートステイ予約票

※欄は初回のみご記入下さい。2回目以降の予約の際は未記入で結構です。

変更等がございましたら、お手数ですが再度ご記入下さい。

ふりがな			
利用者氏名	男 ・ 女		
※生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月 日 ( 歳)
※住所	〒		
※TEL/FAX			
※介護者氏名 (連絡先)	氏名	住所	
	続柄	TEL	
※被保険者番号		要介護度	
※有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	
希望日	いつでも・上旬・中旬・下旬 / 希望日数 ( ) 日間程度		
第1希望	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	( 日間)
第2希望	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	( 日間)
第3希望	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	( 日間)
送迎	1. 有り ( 往復・行きのみ・帰りのみ) / 1. なし		
車椅子	必要 ( 普通 ・ リクライニング ) ・ 不要		
備考			

返信	ご予約日	月 日 ( ) から	月 日 ( ) まで
		月 日 ( ) から	月 日 ( ) まで
		月 日 ( ) から	月 日 ( ) まで
	<input type="checkbox"/> 上記日程にてご予約承りました <input type="checkbox"/> 月 日 ~ 月 日 空床なし		
担当			