

②

## 入所・通所申込書

令和 年 月 日

介護老人保健施設リハビリス井の森 施設長 殿

介護老人保健施設リハビリス日進 施設長 殿

老人保健施設 リハビリス 井の森に( 入所・通所 )したく申し込みます。

入所者	住 所	〒 ー		
	TEL	( )		
	本籍			
	氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日	生 満 歳	
身元引受人	住 所	〒 ー		
	TEL	( )		
	氏名	フリガナ	入所者との関係	
印				
利用希望 ※ 1. 一般入所( 個室 ・ 4人部屋 ) 2. ショートステイ(短期入所) 3. デイケア(通所) 利用理由 1. 生活リハビリ訓練 2. 介護者の介護疲れ 3. 冠婚葬祭 4. 旅行 5. その他 ( ) 利用希望期間 (ご希望の期間等がございましたらご記入ください)				

※( ) 内は該当するものを○で囲んでください。