

予約受付表

受付日：平成 年 月 日

受付者氏名： 続柄：

希望する部屋： タイプ

入居希望者名：

生年月日：M・T・S 年 月 日 年齢 才 性別 男・女

住所：

電話番号：() - 携帯： - -

決定時の連絡先：

氏名： 電話番号：() -

かかりつけ医： 科 担当医：

主病名：

現在の介護度： 居宅名： 担当：

有効期限：平成 年 月 日まで

その他の入居申し込み：

※予約表は受付日より6ヶ月間の有効となります。尚、その間に入所入居された場合はご連絡をください。

受付者：