

入居申込書

令和 年 月 日

入居希望者	ふりがな			
	氏名			
	介護度	要支援・要介護 1・2・3・4・5	性別	男・女
	生年月日	M・T・S 年 月 日	(歳)	
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
生活背景	元の職業		性格	
	趣味		嗜好品	
	年金	月額 万円 (国民・厚生・障害・共済・恩給・遺族・船員)		
	保険	国保・後期高齢者保・組合健保・国共済・政管健保・船員		
申込人	ふりがな			続柄
	氏名			
	電話番号		FAX番号	
身元引受人	ふりがな			続柄
	氏名			
	生年月日	M・T・S 年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	お勤め先		電話番号	
連帯保証人	ふりがな			続柄
	氏名			
	生年月日	M・T・S 年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	お勤め先		電話番号	
家族の希望	施設に対する希望			
	治療に対する希望	<input type="checkbox"/> 積極的治療を希望する <input type="checkbox"/> 積極的治療を希望しない <input type="checkbox"/> その他 (
施設記入欄	審査会開催日	令和 年 月 日 ()		
	結果	入所 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 保留		
	備考			

※当施設に提供頂いた個人情報適切に利用し管理をいたします。

