

ショートステイ予約受付票

年 月 日

利用者名	フリガナ	男 ・ 女
	氏名 様	
希望期間	第一希望	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	第二希望	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
<p>* 特別に上記期間で調整希望の理由があれば以下に御記入下さい。記載がない場合は記載されている方を優先して調整させていただきますのでご了承下さい</p> <p>()</p> <p>◆送迎希望 あり(行き ・ 帰り ・ 往復) ・ なし</p>		
居宅介護 支援事業所	事業所名: 電話: () FAX: () 担当ケアマネジャー:	

※お申し込み受付開始はご利用前々月の1日~3日となります。受付後、施設にて日程調整を行い、担当ケアマネジャー様へ結果をお送りいたします。

※施設記入欄

年 月 日

お申し込み 結果	下記の日程でお取り出来ます / キャンセル待ちとなります (個室 ・ 多床室)
利用日程	年 月 日 午前 ・ 午後 ~ 年 月 日 午前 ・ 午後 (日間)
備考欄	志村さつき苑 支援相談員 TEL 03-5970-3358