介護老人福祉施設　室生園　施設利用申込書

私は下記の通り、室生園の利用を申し込みます。

また、市町村への申込内容等の情報提供に同意　します　・　しません（どちらかに〇をつけて下さい）。

申込年月日	平成　　年　　月　　日

入所申込者	フリガナ		性別	男　・　女
	氏　名	㊞		
	住　所	郵便番号（　　－　　）	電話番号	（　　）　－
	生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日　（　　歳）		
	介護度	要介護（１　・　２　・　３　・　４　・　５）　その他（　　）期限：平成　　年　　月　　日		
	現在の住　居	□　介護施設　　施設名【　　】　平成　　年　　月頃より □　病　院　　病院名【　　】　平成　　年　　月頃より □　自　宅（現在ご利用中の在宅サービスを下記から選んでください） □ ショートステイ　□ 短期入所療養介護　□ 訪問介護　□ 訪問看護 □ ディサービス　□　その他（　　）		
居宅介護支援事業者	事業所名			
	住　所	郵便番号（　　－　　）	電話番号	（　　）　－
	フリガナ 担当者ケアマネ		備　考	
申込者（介護者）	フリガナ 氏名	㊞	続　柄	
	住所	郵便番号（　　－　　）	電話番号	（　　）　－
入所希望の理由	（できるだけ詳しくご記入ください）			

施設記入	担当者名		職　種	施設長　・　相談員　・　ケアマネ　・　その他（ HP ）
	備　考			