月分

もみの樹園　短期入所生活介護　利用予約受付表

居宅介護支援
事業所名

TEL　　－　　－

FAX　　－　　－

担当介護支援専門員

ご利用希望者名　　様

男性	女性
新規	継続

＊どちらかに○をお願い致します

1回目	日程	施設送迎	
第１希望	／　（　）　～　／　（　）	迎　あり　なし	送　あり　なし
第２希望	／　（　）　～　／　（　）	迎　あり　なし	送　あり　なし

２回目	日程	施設送迎	
第１希望	／　（　）　～　／　（　）	迎　あり　なし	送　あり　なし
第２希望	／　（　）　～　／　（　）	迎　あり　なし	送　あり　なし

＊3回目以降をご希望の場合、お手数ですが新たにもう一枚提出をお願い致します。

備考	何かございましたらご記入ください。（ヘルパー送迎がございましたら時間等記入をお願いします）

ご利用決定のお知らせ

　　様の　　月分ご利用をお知らせいたします

1回目	／　（　）　～　／　（　）	2回目	／　（　）　～　／　（　）

基本2ヶ月先のご利用予約とし、1日～７日迄にお送り下さい。
その後調整させていただき、利用予約受付表のご返信にて、ご利用日程の確定とさせて頂きます。
新規ご利用者様に関しましては利用予定決定後、訪問調査をさせて頂きます。
フェースシート等,ご本人様の情報が分かるものを合わせて送付して頂けますようよろしくお願い致します。

社会福祉法人園盛会　もみの樹園　短期入所生活介護
TEL 03-6915-3001 FAX 03-6915-3002
担当　佐々木　綿貫　岩瀬