

ショートステイ予約表

☆新規利用の場合はまずお電話ください

居宅介護支援事業者名		介護支援専門員氏名		TEL:
()		()		FAX:
利用者氏名	様	男・女	☆以前、ほほえみの郷 ショートステイ利用	
介護度()	送迎希望 (有・無)	有・無		
住所	TEL:			
連絡先氏名	様	続柄		
住所	TEL:			
利用日	平成 年 月 日()～平成 年 月 日() (日間)			

来 所 時	退 所 時
送迎無 入所時間 :	送迎無 退所時間 :
送迎有 施設出発 :	送迎有 退所時間 } :
利用者宅 :	施設出発 }
入所時間 :	

備考

☐栄養 ☐デイサービス
戸田ほほえみの郷 ショートステイ

☐運転手
TEL : 432-2222

FAX : 433-0099