

平成 年 月 日

《送信先》

南会津町田島字北下原111番地
特別養護老人ホーム優雅
ショートステイ担当者様

【TEL】 0241-64-5110

【FAX】 0241-64-5109

《発信元》

事業所の方	事業所名	
	事業所番号	
担当者(申込者)		
T E L		
F A X		

ショートステイ予約票

※欄は初回のみご記入下さい。2回目以降の予約の際は未記入で結構です。
変更等ございましたら、お手数ですが再度ご記入下さい。

ふりがな			
利用者氏名	男 ・ 女		
※生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)
※住所	〒		
※TEL/FAX			
※介護者氏名 (連絡先)	氏名	住所	
	続柄	TEL	
※被保険者番号		要介護認定	支援 介護
※有効期間	平成	年 月 日	から平成 年 月 日 まで
希望日	いつでも	上旬 中旬 下旬	/ 希望日数 日間を 回
第1希望	平成	年 月 日	から平成 年 月 日 まで
第2希望	平成	年 月 日	から平成 年 月 日 まで
送迎希望	1. 有り (往復 ・ 行きのみ ・ 帰りのみ) / 2. 無し		
利用目的			
備考			

返信	ご予約日 月 日 () から 月 日 () まで
	ありがとうございました。