予約受付表

受付日：令和　　年　　月　　日

受付者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：

希望する部屋：　　　　　　　　　　　　タイプ

入居希望者名：

生年月日：Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日　　　年齢　　　才　　　性別　男・女

住所：

電話番号：（　　　）　　－　　　　　　携帯：　　　－　　　－

決定時の連絡先:

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：（　　　）　　－

かかりつけ医：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　担当医：

主病名：

現在の介護度：　　　　　居宅名：　　　　　　　　　　　　　　担当：

有効期限：令和　　年　　月　　日まで

その他の入居申し込み：

※予約表は受付日より６ヶ月間の有効となります。尚、その間に入所入居された場合はご連絡をください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者：