

三愛病院併設老人保健施設
あうん高知利用申込書

令和 年 月 日

あうん高知施設長 殿

申込者 住 所

氏 名 (印)

利用者との続柄 ()

連絡先(自 宅)

(勤務先)

下記のとおり、あうん高知を利用したく申し込みます。

1. 一般入所		2. ショートステイ(2週間以下の短期入所)		
住 所	〒 電話番号()			
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日生 歳	
氏 名	男・女			
連絡先	①	フリガナ 氏名	連絡先電話番号	連絡可能時間
		続柄()	自宅	～
		住所 〒	携帯	～
	②	フリガナ 氏名	連絡先電話番号	連絡可能時間
		続柄()	自宅	～
		住所 〒	携帯	～
勤務先			～	
備 考				