

あがたメディカルホーム 入居申込書

受付日 平成 年 月 日

下記のとおり、入居を申し込みます。

希望居室タイプ	Type A ・ Type B ・ Type C ・ 夫婦部屋
入居希望時期	平成 年 月 頃 <small>(具体的なご要望がありましたらご記入下さい)</small>

申込者	ふりがな			
	ご住所	〒		
	ふりがな		入居者との ご関係(続柄)	
	ご氏名	Ⓜ		
電話番号	— —	携帯番号	— —	

入居者	ふりがな						
	ご住所	〒					
	ふりがな		生年月日		介護度		
	ご氏名	Ⓜ	明大昭	年 月 日 (歳)			
	既往歴	時期	病名	病院名	担当医	現況	
						完治・治療中・経過観察・()	
						完治・治療中・経過観察・()	
	入院歴	3ヶ月以内 ・ 1年以内 ・ 3年以上前			手術歴	昭平 年	服薬
食 事	アレルギー ()						
他にご要望等がありましたらご記入下さい							

※欄は記入しないでください。

※備考		※受付	
-----	--	-----	--