

住宅型有料老人ホーム ローマリンダ 入居申込書

お申し込み日		平成 年 月 日 NO.	
入居ご希望者	ふりがな		印 男・女
	名 前		
	住 所	〒 ー	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(満 歳)	
	電 話		
	現在の居住場所		
	要介護度	自立 要支援1・2 要介護(1・2・3・4・5) 申請中	
	担当ケアマネジャー	有() ・無	
	認知症状	有 ・ 無	
申し込み者	ふりがな		印 男・女
	名 前		
	住 所	〒 ー	
	続 柄		
	連絡先	TEL ()	
入居ご希望理由	(お困りの点、ご相談等、差し支えなければご記入ください。)		
備 考			

対応者()