

らくらく苑ショートステイ(短期入所)サービス予約申し込み/確認表

| | | | |
|------|------------|------|---------------------|
| 送信者 | 送信日: 年 月 日 | 返信者 | 返信日: 年 月 日 |
| 事業所名 | | 事業所名 | ショートステイらくらく苑 |
| TEL | | TEL | 06-6494-1225 |
| FAX | | FAX | 06-6494-1266 |
| 担当者 | | 担当者 | 村 田 |

| | |
|------|------------------------|
| フリナガ | 利用頻度(いずれかに○) |
| 本人氏名 | 新規・2回以上・久しぶりの利用 |
| 住所 | 利用理由 独居・介護疲れ・介護者が外出() |
| 介護者名 | 連絡先 |

| ケアマネジャーの記入欄 | 施設側の記入欄 |
|---------------------|---------|
| 希望日 (送迎希望に○を入れて下さい) | 備考欄 |
| 月 日() ~ 月 日() | 送・迎・なし |
| 月 日() ~ 月 日() | 送・迎・なし |
| 月 日() ~ 月 日() | 送・迎・なし |
| 月 日() ~ 月 日() | 送・迎・なし |
| 月 日() ~ 月 日() | 送・迎・なし |

| その他の通信欄 | 施設側通信欄 |
|---------|--------|
| | |

----- 予約取消依頼書 ----- ※キャンセル時にFAX願います -----

ショートステイ担当者殿
 下記により、予約を取消します。

①予約申込日 年 月 日
 ②利用者名
 ③取消期間 自 年 月 日
 至 年 月 日

④理 由 _____

 年 月 日

左記予約取り消しを確認いたしました。
 年 月 日

らくらく苑 ショートステイ担当
 村田

事業所名 _____
 担当者名 _____