

# 介護医療院あさひヶ丘 利用申込書

申込日	年 月 日
-----	-------

利用者さま	フリガナ		男・女	生年月日	明治					
	氏名				大正 年 月 日生 昭和 ( ) 歳					
	現住所	〒				自宅Tel	( )	—		
						携帯Tel	( )	—		
				要介護	1	2	3	4	5	
身元引受人	フリガナ		男・女	歳	利用者さまからみた続柄					
	氏名				第1連絡先 ( ) —					
	現住所	〒				勤務先				
						勤務先Tel	( )	—		

下記の「緊急連絡先」は、日常生活上の報告・連絡に限らず、利用者様に不測の事態が生じたり、どうしても緊急にご家族にお知らせしなければならないときにも使用させていただくものです。したがって、「緊急連絡先」の電話番号欄には、常に連絡が取れるお電話番号の記入をお願い致します。まず「緊急連絡先①」に連絡させていただきます。連絡が取れない場合、「緊急連絡先②」、「緊急連絡先③」の順に連絡をさせていただきます。(どなたかに連絡がついた場合は、その他の方には連絡は致しませんので、連絡のついた方が必要な方にご連絡下さい。)

緊急連絡先①	フリガナ		男・女	歳	続柄					
	氏名				第1連絡先	( )	—			
	現住所	〒				第2連絡先	( )	—		
						勤務先				
						勤務先Tel	( )	—		
緊急連絡先②	フリガナ		男・女	歳	続柄					
	氏名				第1連絡先	( )	—			
	現住所	〒				第2連絡先	( )	—		
						勤務先				
						勤務先Tel	( )	—		
緊急連絡先③	フリガナ		男・女	歳	続柄					
	氏名				第1連絡先	( )	—			
	現住所	〒				第2連絡先	( )	—		
						勤務先				
						勤務先Tel	( )	—		

請求先 (利用料・入院費用)	氏名 (続柄 ) 住所・連絡先同上
----------------	-------------------