グループホーム愛心　入居ご相談表

平成　　年　　月　　日

認知症対応型共同生活介護
グループホーム愛心

申込者 _____

グループホーム愛心に空きができましたら、連絡を希望いたします。

入居希望者						
フリガナ 氏　名		性別	男 女	生年月日	明治　大正　昭和 年　月　日	歳
住　所				電　話	(　　)　　-	

家族・介護者の状況（連絡先）			
氏　　名	続柄	住　　所	電　話

その他	
要介護度	
現在の待機場所	□ 在宅　□ 病院(施設)　【　　】
現在利用中の居宅サービス	
備　考	

受付日		担当者	

この申請書に必要事項を全てご記入の上、FAX または E-mail にてお送り下さい。

FAX　092-503-8988　　E-mail　aishinnooka@lake.ocn.ne.jp