入所申込書

介護老人保健施設
かもめメディカルケアセンター

受付日　　年　　月　　日

本　人

フリガナ		男・女	明治 大正　　年　　月　　日 昭和	年齢	歳	要介護度	
氏　名							
住　所	〒						
連絡先	電話	自　宅		FAX			
		携　帯					

申込者及び連絡先

フリガナ			年　齢	本人との続柄
氏　名			歳	
住　所	〒			
連絡先	電話	自　宅		
		携　帯		
勤務先				

特記事項