

新宿けやき園 ショートステイ申込書

事業所名	
担当者	
連絡先	TEL:
	FAX:

申込日 年 月 日

※お部屋はすべて個室ユニットとなっております。
 申し込み状況によってはご希望の期間をお取り
 する事が出来ず、日程変更してのご案内、又は
 ご利用が出来ない場合がございます。その際は
 キャンセルができましたらご案内する事となります
 ので、あらかじめご了承ください。

フリガナ		男	女	要介護	1	2	3	4	5	
氏名		ご希望日		いつでも可 または 月 旬頃に 泊 日くらいで						
				日にち指定 月 日() ~ 月 日()						
		備考								
フリガナ		男	女	要介護	1	2	3	4	5	
氏名		ご希望日		いつでも可 または 月 旬頃に 泊 日くらいで						
				日にち指定 月 日() ~ 月 日()						
		備考								
フリガナ		男	女	要介護	1	2	3	4	5	
氏名		ご希望日		いつでも可 または 月 旬頃に 泊 日くらいで						
				日にち指定 月 日() ~ 月 日()						
		備考								

ご回答

この度はお申し込みいただき、ありがとうございました。

フリガナ		<input type="checkbox"/>	ご利用日が下記のように決まりましたのでご報告申し上げます。
氏名		利用 予定日	月 日() ~ 月 日()
		<input type="checkbox"/>	誠に申し訳ございませんが、今回はご予約を承ることができませんでした。またのお申し込みをお待ちいたしております。
フリガナ		<input type="checkbox"/>	ご利用日が下記のように決まりましたのでご報告申し上げます。
氏名		利用 予定日	月 日() ~ 月 日()
		<input type="checkbox"/>	誠に申し訳ございませんが、今回はご予約を承ることができませんでした。またのお申し込みをお待ちいたしております。
フリガナ		<input type="checkbox"/>	ご利用日が下記のように決まりましたのでご報告申し上げます。
氏名		利用 予定日	月 日() ~ 月 日()
		<input type="checkbox"/>	誠に申し訳ございませんが、今回はご予約を承ることができませんでした。またのお申し込みをお待ちいたしております。

社会福祉法人 邦友会 新宿けやき園
 住所 新宿区百人町4-5-1
 TEL 03-3367-1601
 FAX 03-3367-1602
 担当 長谷川 酒井