

## 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