

院長	理事	施設長	部長	課長・所長	係

住宅型有料老人ホーム「花憩庵」体験入居申込書

受付日：令和 年 月 日 ()

創生会理事長 殿

フリガナ
申込者氏名

住所 〒

電話番号

フリガナ 入居希望者 氏 名		男・女	T・S 年 月 日 生 歳
住 所	〒		
電話番号			
介護度		居宅介護支援事業所	
		担当	
緊急連絡先	フリガナ 氏 名		続柄
	住 所	〒	
	電話番号		
体験入居場所	センターハウス		部屋番号
	サテライト：		部屋番号
体験入居期間 (最長2泊3日)	令和 年 月 日() 朝食・昼食・夕食 から		
	令和 年 月 日() 朝食・昼食・夕食 まで		
備 考			

※ 1泊(食事付き) 3,000円です。付き添いの方も同額です。