清風園ショートステイ（２０　　）年（　　）月分申し込み用紙

居宅介護支援事業所名：

２０　　年　　月　　日　受付者

利用者氏名　：　　様　（ 男 ・ 女 ）
担当ケアマネジャー氏名　：
利用希望日程・曜日 {　　／　（　曜日）　～　　／　（　曜日)}
初回利用ですか？ { はい ・ いいえ }
特別な医療処置や援助は必要ですか？ { あり ・ なし }
お部屋は原則、個室ですが、希望はありますか？（ あり ・ なし ） { ２階個室 ・ ２階４人室 ・ ３階個室 ・ ３階４人室 }
送迎の要・不要 { お迎え（ 要 ・ 不要 ）　お送り（ 要 ・ 不要)}
その他備考欄

⇩

予約済 ・ キャンセル待ち （ ２階個室 ・ ２階４人室 ・ ３階個室 ・ ３階４人室 ）

清風園記入欄