# 住宅型有料老人ホーム　ケアリゾート・エデン 入居申込書

| 受付日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 入居希望者ご本人 | ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| | 氏　名 | | 男・女 | 明　大<br>昭　　年　　月　　日 | 歳 |
| | 電話番号 | | 住所 | 〒　　－ | |
| | かかりつけ医 | 医療機関名： | | 主治医名： | |
| | ケアマネージャー<br>ソーシャルワーカー | 事業所名： | | 担当者名： | |
| | 現在の居所 | □自宅で一人暮らし　□自宅で家族と暮らし　□入所中　□入院中　□その他 | | | |
| | 要介護度認定 | □:要支援１ 要支援２　□:要介護１　□:要介護２　□:要介護３　□:要介護４　□:要介護５ | | | |
| 入居希望居室<br>(○をご記入下さい) | | ・個室　　・相室　　・二人室<br>※ご本人の状態にて施設から居室を検討させて頂く場合がございますので、予めご了承願います。 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 入居申込者 | 住　所 | 〒　　－ | 電話番号 | |
| | ふりがな | | 入居志望者との続柄 | |
| | 氏　名 | | | |
| 第二連絡先 | 住　所 | 〒　　－ | 電話番号 | |
| | ふりがな | | 入居志望者との続柄 | |
| | 氏　名 | | | |

※ 黒枠内はすべてご記入ください。

※ 申込者以外の方へのご連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

(施設記入欄)

FELLOW
株式会社マーブルフェロー
Care Resort Eden
Shangri-La club

〒869-0624　熊本県宇城市小川町江頭394番地
TEL：0964-43-5567　FAX：0964-43-5587