

施設長	医 師	師 長	主 任	副主任	相談員	療法士	介支専	栄養士	係	合議

令和 年 月 日 () 時 入所

施設入所申込書

申込 令和 年 月 日

介護老人保健施設 ながしま 様

保護者 (身元保証人)

住 所 〒 -

氏 名 _____ 男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

続 柄

職 業

連絡先電話番号

昼 間

夜 間

携帯電話

私は、下記のとおり (下記の者を) 貴施設に入所したい (させたい) ので
申し込み致します。

記

利用者 (入所予定のご本人様)

住 所 〒 -

氏 名 _____ 男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)

※ 第一次判定実施 (許 ・ 却) 最終判定会実施 (決定 ・ 却)