

グループホームクリーム（西館・東館・膳所・鹿跳）

*御希望の施設を○で囲ってください 複数可

利用申込書

平成 年 月 日申込

利用申込書	氏名	フリガナ	男	明	年	月	日生
			女	大昭	()	歳	
	住所	〒 TEL ()					
連絡先	氏名	住所	〒	TEL	携帯		
利用の理由							
現在の状況							
① 入院中 (病院名)							
② 施設入所中 (施設名)							
③ 在宅							
現在の外来受診 (有 ・ 無)							
医療機関 (複数の場合もお書きください)		病院名		現在治療中の病気			
		主治医					
		TEL					
		病院名		現在治療中の病気			
		主治医					
		TEL					
入所希望日		平成 年 月 日					
居宅介護支援事業所名				ケアマネージャー氏名			
要介護度				介護保険有効期限			

※受付年月日 年 月 日 (※ は記入しないでください)

この度はグループホームクリームに利用申込をいただきありがとうございます。
 お問い合わせ及び申込先
 〒520-2262 大津市大石淀三丁目8-23 (医療法人緑生会 事務所)
 TEL (077) 546-1121 FAX (077) 546-5856